

**Universidade de Lisboa**

**Faculdade de Medicina de Lisboa**



**CARACTERIZAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE SÍNDROMA DEPRESSIVA NA  
POPULAÇÃO ONCOLÓGICA DA CONSULTA DE DOR CRÓNICA DO  
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO – ÉVORA, EPE**

Andreia Capelão

Orientador: Prof. Doutor António Barbosa

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Dor

Lisboa, 2016

**A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da  
Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 19 de julho de 2016**

**Universidade de Lisboa**

**Faculdade de Medicina de Lisboa**



**CARACTERIZAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE SÍNDROMA DEPRESSIVA NA  
POPULAÇÃO ONCOLÓGICA DA CONSULTA DE DOR CRÓNICA DO  
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO – ÉVORA, EPE**

Andreia Capelão

Orientador: Prof. Doutor António Barbosa

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Dor

Lisboa, 2016

## **Agradecimentos**

Não teria sido possível realizar esta tese sem a ajuda de várias pessoas cujo contributo se revelou precioso para dar corpo a este trabalho durante as diversas fases de execução. Não posso deixar de mencionar:

Ao orientador desta tese, Professor Doutor António Barbosa, por toda a motivação que me soube transmitir, as críticas e sugestões que fez e tanto me ensinaram e o interesse empenho que desde a primeira hora colocou nesta orientação.

À equipa de enfermagem que colabora na Consulta de Dor do Hospital do Espírito Santo, Évora – E.P.E. e que se revelou uma mais-valia neste estudo.

Aos doentes, especialmente aqueles que colaboraram neste estudo, pois é por eles que o trabalho desenvolvido tem razão para existir.

Ao Júlio pela compreensão e ajuda nos momentos mais difíceis, pelas palavras de incentivo e amizade importantes para superar os desafios.

À minha família por confiarem na minha capacidade e apoiarem e incentivarem as minhas decisões e escolhas.

Aos meus amigos, que sofreram com a minha ausência e indisponibilidade pessoal.

## Resumo

A dor crónica é um fenómeno subjetivo e multidimensional cuja complexidade engloba várias dimensões: física, psicológica, social e espiritual. Assim, a componente emocional, muitas vezes não avaliada, é uma das bases para a abordagem desta patologia, pelo que a aplicação de escalas de rastreio para ansiedade e depressão deve ser utilizada por rotina. Dadas as particularidades da Dor Crónica esta deve ser abordada por uma equipa multidisciplinar. A Dor Crónica oncológica adquire pormenores relacionados com a doença de base.

O registo clínico pode ser efetuado em papel ou em suporte informático, tendo cada um as suas vantagens e desvantagens. No entanto, na era da globalização, a tendência é para a existência de um processo eletrónico que reúna todas as informações relativas ao doente, agrupando as informações dos diversos estabelecimentos de saúde. Não devemos esquecer que, durante o processo de transição, a capacidade de adaptação dos profissionais de saúde não deve ser esquecida.

O objetivo deste trabalho foi aferir a prevalência de Síndrome Depressiva nos doentes oncológicos seguidos na consulta de Dor Crónica do Hospital do Espírito Santo, Évora. Para tal aplicou-se a escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) a 103 doentes para rastreio destas patologias e, de seguida, procedeu-se à consulta do processo clínico para verificar a prevalência de Síndrome Depressiva.

Após análise dos resultados verificámos uma prevalência de depressão superior à descrita na literatura. A maioria dos doentes com Ansiedade tem o diagnóstico de Síndrome Depressiva no processo clínico. Considerando os doentes com Síndrome Depressiva, encontrou-se um subdiagnóstico clínico desta patologia, isto apesar de a maioria ser seguido em consulta de psicologia. Analisando os doentes com conjugação de ansiedade e depressão verificou-se que esta associação leva uma maior prevalência de diagnóstico clínico de depressão, a presença isolada de síndrome depressiva constitui um fator para a omissão deste registo em processo clínico. A maioria dos doentes seguidos pela psicologia não apresentava patologia do foro mental.

Atestamos a importância do uso sistemático de escalas rastreio nas Síndromes ansiedade e depressão e a sensibilização dos profissionais de saúde para o seu uso, numa abordagem multidisciplinar no tratamento da dor crónica.

**Palavras-chave:** Ansiedade, Síndrome Depressiva, Dor Crónica, HADS, Oncologia, Registo Clínico

## **Abstract**

Chronic pain is a subjective and multidimensional experience whose complexity includes several dimensions: physical, psychological, social and spiritual. The emotional component is often misevaluated; therefore, the systematic use of screening scales for anxiety and depression should be encouraged. Due to the particularities of chronic pain, it should be approached by a multidisciplinary team. Oncological chronic pain acquires particularities related with the underlying disease.

Clinical records can be done in paper or on computer bases, each having its advantages and disadvantages. However, nowadays, the trend is the existence of an electronic record with all clinical information related to a patient, gathering together the information from the various health facilities. We should not forget the adjustment from health professional during the transition to electronic records.

The aim of this study was to access the prevalence of depressive syndrome in oncological patients attending the chronic pain consultation of Hospital do Espírito Santo, Évora. We applied the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) to 103 patients for the screening of these diseases, the clinical process was consulted to verify the prevalence of Depressive Syndrome.

The results revealed a higher incidence of depression than that observed in the literature. Most patients with anxiety presented with depressive syndrome in the clinical record. There was a clinical sub diagnosis of depressive syndrome, even though most of these patients attended the psychological consultation. Patients with both anxiety and depression presented a higher prevalence of depressive syndrome's diagnosis; depression alone is a risk factor for the none recognising of this syndrome. Most patients in psychological consultation did not have neither anxiety nor depressive syndrome.

We certify the importance of systematic use of screening scales and health professionals' sensitization for its use; the importance of a multidimensional approach in chronic pain treatment was also verified.

**Key words:** Anxiety, Depressive Syndrome, Chronic Pain, HADS, Oncology, Clinical Record

## Índice Geral

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>1</b>  |
| <b>CAPÍTULO I - DOR .....</b>   | <b>3</b>  |
| 1.1. DEFINIÇÃO DE DOR.....  | 3         |
| 1.1.1. Dor Aguda.....   | 3         |
| 1.1.2 Dor crónica .....   | 4         |
| 1.1.3. Dor Crónica Oncológica .....   | 4         |
| 1.1.4. Dor Total .....  | 5         |
| 1.2. TEORIAS DA DOR.....  | 6         |
| 1.2.1. Teoria do Portão-Controlo .....  | 7         |
| 1.2.2. Modelo da Neuromatriz .....  | 8         |
| 1.2.3. Modelo Psicobiológico .....  | 10        |
| 1.3. CONTROLO DA DOR.....   | 12        |
| 1.3.1. Importância da equipa multidisciplinar na abordagem da dor crónica ..... | 12        |
| 1.3.2. Barreiras ao alívio da dor .....   | 13        |
| 1.3.3. Estratégias de controlo da dor.....                                      | 15        |
| 1.3.4. Realidade portuguesa .....   | 16        |
| 1.4. TRATAMENTO DA DOR .....  | 17        |
| <b>CAPÍTULO II – ANSIEDADE E DEPRESSÃO .....</b>                                | <b>19</b> |
| 2.1. IMPLICAÇÕES DA DOR CRÓNICA NA ANSIEDADE E DEPRESSÃO .....                  | 19        |
| 2.2. ANSIEDADE E DOR CRÓNICA.....   | 19        |
| 2.2.1. Ansiedade em oncologia .....   | 20        |
| 2.3. SÍNDROMA DEPRESSIVA E DOR CRÓNICA.....                                     | 20        |
| 2.3.1 Síndrome Depressiva em oncologia.....                                     | 21        |
| 2.3.2. Mecanismo Biológico .....  | 22        |
| 2.3.3. Epidemiologia da Depressão.....  | 22        |
| 2.4. AVALIAÇÃO DA COMPONENTE EMOCIONAL.....                                     | 23        |
| <b>CAPÍTULO III – ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....</b>                 | <b>25</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| 3.1. INFORMAÇÃO DE SAÚDE (CONSIDERAÇÕES GERAIS).....  | 25        |
| 3.2. O PROCESSO CLÍNICO .....   | 26        |
| 3.2.1. Processo clínico em papel.....   | 26        |
| 3.2.2. Processo Clínico Eletrónico/ Registo de Saúde Eletrónico.....  | 27        |
| 3.2.3. Realidade Portuguesa .....   | 29        |
| 3.2.4. Resistência dos profissionais de saúde ao registo eletrónico.....  | 30        |
| 3.3. REGISTOS CLÍNICOS ELETRÓNICOS E ACESSO AO PROCESSO (ESPECIFICIDADES DO ACESSO À INFORMAÇÃO DE SAÚDE).....          | 31        |
| 3.4. DIAGNÓSTICO DE SÍNDROMA DEPRESSIVA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E SEU REGISTO CLÍNICO .....                        | 32        |
| <b>CAPÍTULO IV – ESTUDO EMPÍRICO .....</b>  | <b>34</b> |
| 4.1. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....   | 34        |
| 4.1.1. Objetivos da investigação.....   | 34        |
| 4.1.2. Questões da investigação .....   | 35        |
| 4.1.3. Tipo de estudo .....   | 35        |
| 4.1.4. Amostra do estudo.....   | 35        |
| 4.1.5. Instrumentos de recolha de dados .....   | 36        |
| 4.1.6. Recolha e análise de dados/Metodologia .....   | 37        |
| 4.2. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS .....   | 39        |
| 4.2.1. Resultados descritivos.....  | 39        |
| 4.2.2. Caracterização da amostra .....  | 39        |
| 4.2.3. Ansiedade e etiologia da dor .....   | 41        |
| 4.2.4. Síndrome depressiva e etiologia da dor .....   | 42        |
| 4.2.5. Resultados de diagnóstico de Ansiedade e Síndrome Depressiva e Registos Clínicos .....                           | 43        |
| 4.2.6. Conjugação dos diagnósticos ansiedade e/ou Síndrome Depressiva e etiologia da dor .....                          | 44        |
| 4.2.7. Resultados de análise da conjugação dos diagnósticos ansiedade e/ou Síndrome Depressiva e Registos clínicos..... | 45        |
| 4.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....   | 45        |
| 4.4. CONCLUSÕES .....   | 49        |
| <b>BIBLIOGRAFIA.....</b>  | <b>51</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>  | <b>57</b> |



## Índice de Tabelas

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabela 1:</b> Distribuição da amostra por idade .....         | 39 |
| <b>Tabela 2:</b> Distribuição dos doentes por proveniência ..... | 41 |

## Índice de figuras

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1:</b> Dor Total.....   | 6  |
| <b>Figura 2:</b> Representação esquemática da teoria de portão-controlo (adaptado de Melzack, et al., 1965) .....   | 8  |
| <b>Figura 3:</b> Fatores que contribuem para os padrões de atividade gerados pela matriz corporal de cada indivíduo (adaptado de Melzack, et al, 2013)..... | 9  |
| <b>Figura 4:</b> Modelo psicobiológico para a dor crónica (adaptado de Dworkin e Breitbard, 2004) .....   | 11 |
| <b>Figura 5:</b> Distribuição da amostra por patologia.....   | 39 |
| <b>Figura 6:</b> Distribuição da amostra por habilitações literárias .....  | 40 |
| <b>Figura 7:</b> Distribuição da amostra por profissão.....   | 40 |
| <b>Figura 8:</b> Distribuição da amostra por estado civil .....   | 40 |

## Índice de Abreviaturas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde  
APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor  
cAcD – Com ansiedade e Síndrome Depressiva  
cAsD – Com ansiedade, sem Síndrome Depressiva  
CRF – Fator Libertador da corticotrofina (Corticotrophin-releasing factor)  
DC – Dor Crónica  
DGS – Direção Geral de Saúde  
DP – Desvio Padrão  
HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale  
HADS-A – Hospital Anxiety and Depression Scale-Ansiedade  
HADS-D – Hospital Anxiety and Depression Scale-Depressão  
HESE, EPE – Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE  
IASP – International Association for the Study of Pain  
NA – Noradrenalina  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
RSE – Registo de Saúde Eletrónico  
RTC – Resistência à Mudança (Resistance to Change)  
sAcD – Sem ansiedade, com Síndrome Depressiva  
sAsD – Sem ansiedade nem Síndrome Depressiva  
SD – Síndrome Depressiva  
SNC – Sistema Nervoso Central  
SNSimp – Sistema Nervoso Simpático  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
PCP – Processo Clínico em Papel  
PENPCDor – Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor  
PNLCD – Plano Nacional de Luta contra a Dor  
PNCDor – Plano Nacional de Controlo da Dor  
TENS – Estimulação Elétrica Transcutânea  
5-HT – Serotonina

## **Lista de Anexos**

**Anexo I:** Parecer da comissão de ética do Hospital do Espírito Santo, Évora – EPE

**Anexo II:** Parecer da comissão de ética da Faculdade de Medicina de Lisboa

**Anexo III:** Consentimento livre e informado

**Anexo IV:** Escala de ansiedade e depressão hospitalar

**Anexo V:** Análise estatística

## Introdução

O aumento da esperança média de vida levou ao desenvolvimento de doenças crónicas, muitas das quais cursam com dor, como é o caso das doenças oncológicas ou do foro osteo-articular, pelo que a dor é um fenómeno com o qual lidamos diariamente. O reconhecimento da dor crónica como doença veio alterar a sua abordagem diagnóstica e terapêutica. Enquanto doença crónica, a dor deve ser encarada como um problema de saúde pública, que é responsável pela morbilidade e pelo absentismo laboral, que traz encargos económicos e que tem impacto na qualidade de vida do doente e dos cuidadores. Este facto levou a que as entidades políticas instituísssem a introdução de planos e estratégias para controlo da dor (1) (2) (3) (4) (5).

A abordagem desta entidade patológica deve englobar as várias vertentes a ela associadas, nomeadamente: a física, a psicológica, a social e a espiritual (6); para além destas vertentes não deve ser esquecido o conceito de Dor Total de Cecily Saunders (6), pelo que é importante a sua abordagem por uma equipa multidisciplinar. De salientar o facto de a dor crónica e a patologia do foro mental, nomeadamente ansiedade e Síndrome Depressiva, estarem frequentemente associados, sendo para o efeito importante o seu diagnóstico e a sensibilização dos profissionais de saúde. Destaca-se a importância para o uso sistematizado de instrumentos de avaliação devidamente validados para cada população para rastreio destas patologias.

Em ambiente hospitalar existem várias escalas de rastreio validadas para a população portuguesa. A Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) tem a vantagem de analisar duas entidades: a ansiedade e o Síndrome Depressiva.

Atualmente, o alívio da dor é visto como um direito humano básico, deixando de ser uma questão meramente clínica, assumindo uma componente ética que envolve todos os profissionais de saúde. É neste contexto que a Direção Geral de Saúde reconhece a dor com 5º sinal vital (1), incentivando o seu reconhecimento e registo sistematizado.

A dor oncológica adquire algumas particularidades, nomeadamente a etiologia diagnóstica e as alterações emocionais associadas à adaptação à doença e ao tratamento, que já estão presentes neste grupo de doentes. Nesta população específica é importante estar atento a estes detalhes e não esquecer a abordagem do doente na sua totalidade.

A relevância deste estudo prende-se com a necessidade de alertar os profissionais de saúde para o diagnóstico atempado de Síndrome Depressiva nos doentes com dor crónica. Após o diagnóstico é importante efetuar o registo clínico adequado e a referenciação/tratamento destes doentes.

O registo clínico é realizado no processo clínico do doente, que poderá ser eletrónico ou em papel. Cada um destes métodos de registo possui vantagens e desvantagens (7). No entanto, na era da globalização, caminha-se para informatização da totalidade do processo clínico, com uma interligação não só a nível hospitalar, mas também aos cuidados de saúde primários. No futuro está a ser estudada a possibilidade de um processo único europeu de cada cidadão.

Um outro fator que é importante reter relativamente ao Registo de Saúde Eletrónico (RSE), é a resistência à mudança pelos profissionais de saúde (8), especialmente numa fase inicial de transição para este sistema.

O presente trabalho desenvolveu-se na Consulta de Dor Crónica do Hospital do Espírito Santo – Évora, E.P.E., onde foram selecionados os doentes que participaram neste estudo. Tem como objetivos caracterizar a prevalência de Síndrome Depressiva nestes doentes, bem como verificar se este está a ser bem identificado e registado no processo clínico.

Encontra-se dividido em quatro capítulos. Nos capítulos I, II e III efetuou-se o enquadramento teórico relativo à problemática da dor crónica, ansiedade e depressão e atitudes dos profissionais de saúde. O Capítulo IV consiste no estudo empírico do trabalho, no qual se descreve a metodologia de investigação, se indicam e discutem os resultados e se apresentam as conclusões.

## Capítulo I - Dor

### 1.1. Definição de dor

O conceito de dor é difícil de estabelecer. A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain (IASP)* como uma “experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial, mas também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (9). Assim sendo, a dor pode estar associada a uma lesão tecidual e a variáveis cognitivas ou emocionais, onde é independente do dano tecidual (10). A dor é, portanto, um fenómeno complexo, subjetivo e multidimensional difícil de apreender, definir, explicar ou medir, levando ao aparecimento do conceito de Dor Total.

Relativamente à duração da dor, esta pode classificar-se em Dor Aguda ou Dor Crónica (DC), sendo que a diferença entre elas não assenta unicamente numa questão de temporalidade, devendo-se considerar a evolução com o fator desencadeante.

Por último, de referir as particularidades da população oncológica, especialmente importantes para o controlo eficaz da dor crónica.

#### 1.1.1. Dor Aguda

A Dor Aguda é a consequência imediata da ativação dos sistemas nociceptivos (estímulos químicos, mecânicos ou térmicos) por um agente nosológico, possuindo uma função de proteção biológica e de advertência. A sua intensidade correlaciona-se com a do estímulo desencadeante, sendo claramente localizada em termos anatómicos.

Segundo a IASP, a dor aguda é de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal (10). O seu início e fim são breves, a sua duração é limitada no tempo, inferior a 3 a 6 meses.

Em termos biológicos pode estar associada a taquicardia, taquipneia, sudorese e hipertensão arterial. Os sintomas psicológicos normalmente são escassos e limitados a uma ansiedade leve.

É esperado o seu alívio após a cura da lesão, imobilização ou administração de analgésicos. A sua resolução responde rapidamente à intervenção na causa e não costuma ser recorrente.

### **1.1.2 Dor crónica**

Por Dor Crónica (DC) entende-se uma dor persistente ou recorrente, de duração igual ou superior a 3 meses e/ou que persiste para além da cura que lhe deu origem (10), reduzindo a qualidade de vida e trazendo sofrimento concomitante. Estas alterações devem-se, não só por permanecer mais tempo para além da cura da lesão, mas também pelas alterações fisiopatológicas de diversos sistemas e consequências associadas (psicológicas, sociais e culturais para o indivíduo, familiares, cuidadores e sistemas de saúde). Todos estes fatores vão contribuir para o aparecimento de co-morbilidades orgânicas e psicológicas e para a perpetuação do fenómeno doloroso, pelo que a dor crónica é tida como uma entidade que, por si só, se torna numa doença e não somente um sintoma.

A DC afeta não só os próprios pacientes, mas também os familiares/cuidadores, constituindo uma patologia que poderá provocar um desgaste físico e emocional a todas as pessoas envolvidas. Esse “burnout” atinge outras proporções se considerarmos que, apesar de todos os esforços empreendidos pelos cuidadores do doente, muitas vezes a dor persiste, não se encontrando sinais evidentes para a manifestação da mesma (11).

Em termos sociais, a DC é responsável por um grande consumo de recursos de saúde (consultas, exames complementares de diagnóstico, tratamentos) e perda de produtividade (menor produtividade laboral, baixa prolongada ou reforma antecipada). Assim, estamos perante uma entidade associada a elevados encargos económicos para a sociedade, sendo equiparada, em relação aos recursos consumidos, aos das doenças cardiovasculares e oncológicas.

Segundo a Circular Normativa da Direção Geral de Saúde (DGS) nº11/DSCS/DPCD de 18 de junho de 2008 (5), a “dor deve ser encarada como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde”. De facto, o alívio da dor deveria ser assumido como um dos direitos humanos fundamentais, tal como proposto pela IASP, por ocasião da celebração do primeiro Dia Mundial Contra a Dor.

### **1.1.3. Dor Crónica Oncológica**

A Dor Crónica Oncológica é aquela que está associada ao cancro, constituindo um problema, especialmente na doença avançada, tendo incidências diferentes de acordo com o tipo de neoplasia em questão (11). O seu controlo é um problema de Saúde Pública, já que está presente em quase metade dos doentes oncológicos aquando do diagnóstico da doença, mas em situações de doença avançada pode chegar a atingir 2/3 dos mesmos. A incidência de dor também varia com



o tipo de neoplasia, atingindo 85% dos doentes com tumores ósseos primários, 52% dos doentes com neoplasia da mama e 5% dos que têm linfoma (12). A associação da dor a outros sinais e sintomas ligados ao cancro, como a fadiga, náuseas e vômitos, prurido, dispneia, entre outros, constitui um desafio ao seu diagnóstico e tratamento adequado (13).

Em relação à etiologia da dor oncológica, na maioria das vezes está diretamente relacionada com o tumor, sendo consequência da infiltração ou compressão de estruturas. Por vezes pode ser consequência do tratamento instituído, seja ele a Cirurgia, Quimioterapia ou Radioterapia. Menos frequentemente tem uma etiologia independente do cancro, isto é, não é consequência da doença de base nem do seu tratamento. Na maioria das vezes, verificamos uma associação das várias etiologias como causa da dor oncológica (14).

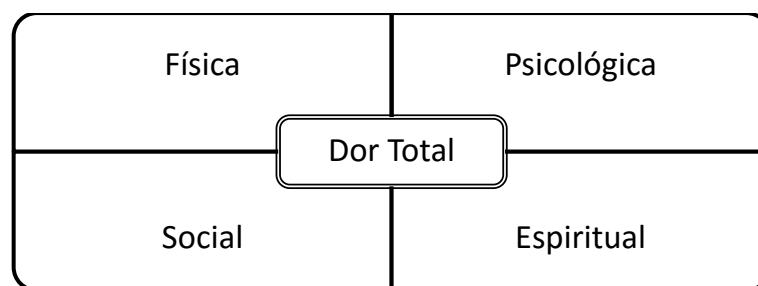
Considerando os aspetos inerentes à Dor Crónica Oncológica anteriormente referidos, conclui-se que a avaliação global do doente com este tipo de dor é a base para uma atuação eficaz. Partindo das queixas álgicas do doente, também deverão ser explorados os fatores determinantes para essa dor, a vivência da mesma e a interferência desta nas Atividades de Vida Diárias. Apenas com uma avaliação destes factos, é possível estabelecer um plano terapêutico adequado à individualidade do nosso doente (15).

#### **1.1.4. Dor Total**

Em determinadas patologias, especialmente em fases avançadas da doença, a dor, pela sua persistência e forma como afeta a pessoa e os seus comportamentos, é sentida como uma doença ou uma forma de sofrimento global, assumindo o conceito de Dor Total.

O conceito de Dor Total tem vindo a ser estabelecido desde que o termo foi utilizado pela primeira vez por Cecily Saunders (6) para explicar que a dor, quando não é aliviada, é capaz de se tornar no centro da vida de um ser humano por conter elementos físicos, emocionais, sociais e espirituais. Deste modo, todos e cada um dos fatores individualmente podem ter diversas dimensões que alteram o peso do sintoma dor no indivíduo.

A figura 1 é ilustrativa da complexidade do conceito de Dor Total, em que os diferentes elementos contribuem para o sofrimento total do indivíduo.



**Figura 1:** Dor Total

A componente física é aquela mais facilmente compreendida pelos profissionais de saúde, muito devido à sua maior sensibilização durante a formação académica. É consequência direta de lesão tecidual ou compressão nervosa, podendo estar associada a Necessidades Físicas como o conforto, controlo da dor e de outros sintomas, incluindo os associados aos tratamentos efetuados. A Dimensão Psicológica só recentemente foi considerada alvo de ponderação como parte integrante do processo de dor. Esta dimensão pode associar-se a Necessidades Emocionais como ansiedade, depressão, sentimentos de revolta e rejeição, isolamento, raiva, culpa ou medo de morte. Relativamente à Dor Social, pode ter por base Necessidades Sociais como a falta de suporte financeiro por absentismo laboral, perda do papel familiar, posição ou convívio social. Por último, a Dor Espiritual assenta em Necessidades Espirituais como medo da morte real e social, medo do castigo divino, falta de fé, esperança e sentido de viver. Estas últimas duas dimensões continuam a ser bastante difíceis de identificar devido à pouca preparação e sensibilização dos profissionais.

Em doentes com dores intensas, o incremento da terapêutica farmacológica nem sempre corresponde a uma diminuição da intensidade da dor; o medo, a angústia e a revolta, são alguns dos fatores que podem aumentar a intensidade da dor sentida pelo doente (16). É importante conhecer a própria perceção do doente sobre a sua doença, sobre modo como a dor interfere na sua vida, no seu sentimento de controlo e o seu provável significado. As crenças e expectativas dos doentes podem modificar o limiar da dor, afetar a sua experiência, expressão e adaptação à dor.

## 1.2. Teorias da dor

Existem várias teorias para explicar a existência de Dor. Inicialmente eram somente considerados os aspetos anátomo-fisiológicos, no entanto, após vários estudos, concluiu-se que os fatores psicossociais são importantes na perpetuação desta entidade.

O *Modelo Biomédico*, que data do século XVII, assume que a dor tem como etiologia uma doença de base que pode ser demonstrada através do exame objetivo ou de exames

complementares de diagnóstico. Assim, pressupõe-se que uma intervenção médica especificamente direcionada para a correção da disfunção orgânica seria a base do tratamento, contudo tal não corresponde à realidade (13).

Nessa época, não havia preocupação com os fatores psicológicos da dor, como a ansiedade, depressão, experiências anteriores e contexto da situação; a dor era somente considerada em relação direta com a lesão anatómica (17). A principal limitação desta teoria era o facto de considerar pacientes com dor crónica e sem sinais de doença orgânica como doentes psiquiátricos, não sendo útil na maioria dos pacientes com dor crónica grave, nomeadamente nos casos de dor neuropática.

Esta visão anatómica da dor levou a que os neurocirurgiões fossem bastante interventivos no tratamento da dor (17), muitas vezes sem o sucesso pretendido.

Perante estas limitações, surgiram novas teorias, que conceberam a dor crónica como muito mais do que um sintoma físico, e que colmataram a falha da não incorporação de variáveis psicológicas e psicossociais da dor.

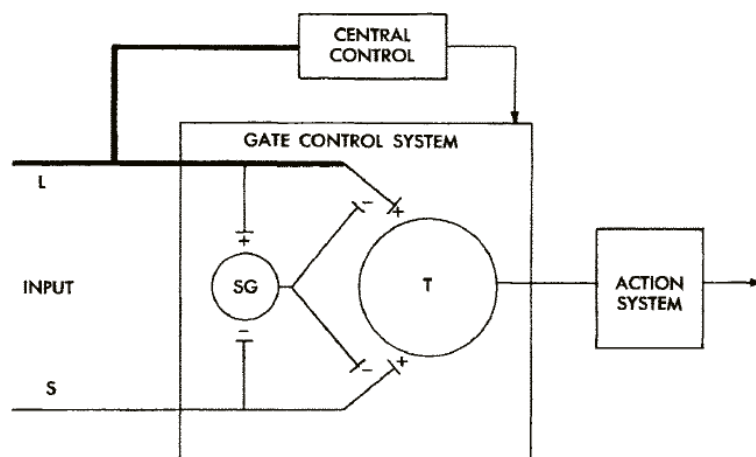
### **1.2.1. Teoria do Portão-Controlo**

Melzack e Wall, nos anos 50, introduzem pela primeira vez as respostas psicológicas na definição de dor já que, até então, o cérebro constituía somente um local de passagem de informações nervosas. Em 1965, foi proposta a teoria do Portão-Controlo (*The Gate Control Theory of Pain*).

Esta teoria, apesar de parecer complexa, tem um princípio simples e de grande aplicabilidade prática. Tem a sua mais-valia na contribuição para a compreensão dos mecanismos neuronais centrais, sendo o marco na aceitação do cérebro como um sistema ativo de modulação dos impulsos dolorosos (18). Devido à introdução destes conceitos, verificou-se um interesse crescente na aplicabilidade de novas técnicas no controlo da dor, como sendo a Acupunctura e a Estimulação Elétrica Trancutânea (TENS).

A Teoria do Portão-Controlo (19) propõe que a transmissão de impulsos nervosos da espinhal medula é modulada por um mecanismo de portão no corno dorsal. Este mecanismo de portão é ainda influenciado pela quantidade de fibras nervosas de pequeno e grande diâmetro. As fibras de grande diâmetro/rápidas inibem a transmissão (fecham o portão), enquanto as de pequeno diâmetro/lentas facilitam a transmissão (abrem o portão). Deste modo, o estímulo

nociceptivo pode ser inibido, ou potenciado, através de impulsos provenientes dos centros cerebrais superiores responsáveis por processos emocionais.



**Figura 2:** Representação esquemática da teoria de Portão-Controlo: L, fibras de grande diâmetro; S, fibras de pequeno diâmetro; SG, substância gelatinosa; T, primeiro neurónio de transmissão; + excitação; - inibição. (Adaptado de Melzack, et al., 1965)

O papel da modulação dos impulsos nervosos na espinhal medula e o papel dinâmico do cérebro no processo da dor adquiriu uma nova dimensão em termos clínicos e científicos.

Esta teoria propõe a existência de três dimensões (sensorial-fisiológica, motivacional-afetiva e cognitiva-avaliativa) que, conjuntamente com fatores ambientais, interagem e influenciam a dor (18). Assim, à depressão estão associadas alterações nos processos motivacional-afetivo e cognitivo-avaliativo que podem afetar a percepção dos estímulos nociceptivos.

Os fatores psicológicos, que eram previamente interpretados como reações à dor, passaram a ser considerados como parte integrante do processamento da dor, abrindo novas perspectivas para as terapias cognitivas e psicológicas. Paralelamente, a atitude neurocirúrgica foi sendo gradualmente substituída por métodos de modulação dos impulsos nervosos (TENS, estimulação nervosa central, acupuntura) e intervenções psicológicas.

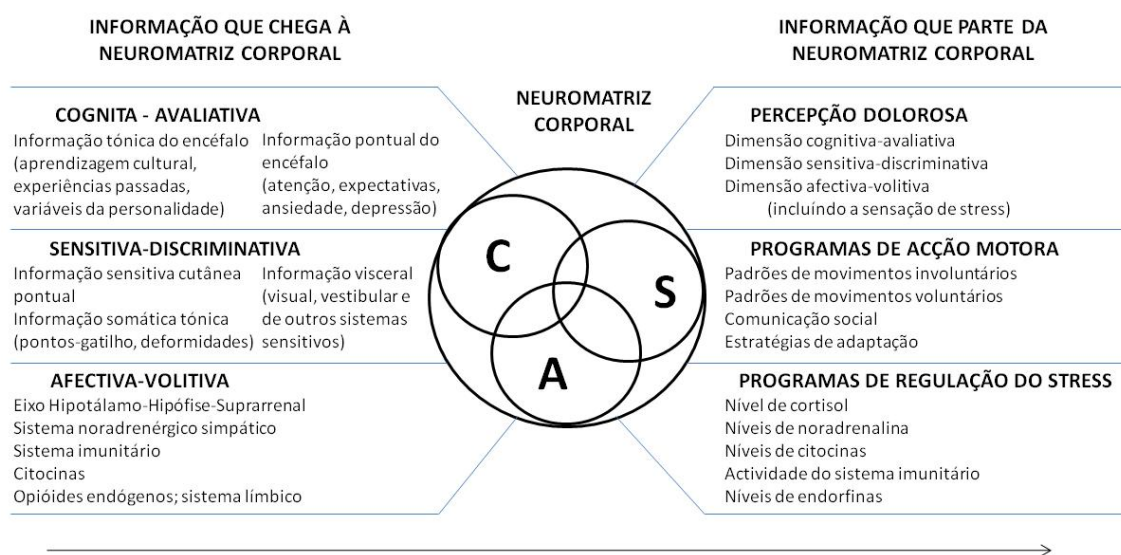
### 1.2.2. Modelo da Neuromatriz

De acordo com os conhecimentos teóricos atuais, em 1999, Melzack expandiu a sua teoria, integrando novos conceitos. A base para o desenvolvimento desta teoria foi o facto de a dor no membro fantasma em doentes paraplégicos não ser explicada pela teoria anterior.

Após análise deste fenómeno, o autor concluiu que o membro fantasma é reconhecido no cérebro, pelo que a sensação de dor poderá ser reconhecida a nível central sem nenhum estímulo

periférico; assim o corpo é percebido como um todo, uma unidade, através de informação genética que é modificada por experiências adquiridas, nomeadamente influências sociais e culturais (17).

Toda esta teia, cuja distribuição espacial e sinapses estão inicialmente determinadas geneticamente, e são posteriormente moldadas por impulsos sensoriais, é denominada de *Neuromatriz*. A repetição de processos e síntese de impulsos nervosos, através da neuromatriz, origina um padrão característico, a *Neuroassinatura*.



**Figura 3:** Fatores que contribuem para os padrões de atividade gerados pela matriz corporal de cada indivíduo, que incluem neuromoduladores sensitivos (S), afetivos (A) e cognitivos (C). (Adaptado de Melzack, et al, 2013) (17).

A neuromatriz produz uma mensagem contínua que representa a totalidade corporal em que os detalhes são diferenciados de acordo com os estímulos recebidos. Assim, a neuromatriz proporciona um padrão neuronal corporal (neuroassinatura), bem como a consequência destes padrões (neuromodulação) que correlaciona com as diferentes partes do corpo. Consequentemente, nós não aprendemos as características das experiências, o nosso cérebro é que é induzido a produzi-las. Esta experiência corporal envolve várias dimensões – sensorial, afetiva, avaliativa, cognitiva, entre outras - que são incorporadas por diferentes áreas cerebrais (17) e contribuem para uma experiência dolorosa única.

É importante reconhecer que determinado comportamento só acontece após o impulso de entrada ter sido sintetizado e reconhecido de forma a produzir uma experiência com significado. Por exemplo, na resposta à dor (por retirada), respondemos a uma experiência com qualidades sensoriais, que é percebida como perigosa (ou potencialmente perigosa) para o ser humano.

O fenómeno da Dor Fantasma permitiu concluir que a função do cérebro ultrapassa a simples deteção e análise de impulsos nervosos, ele gera experiências conceptuais mesmo na ausência de estímulos externos, provavelmente secundários a memórias cerebrais.

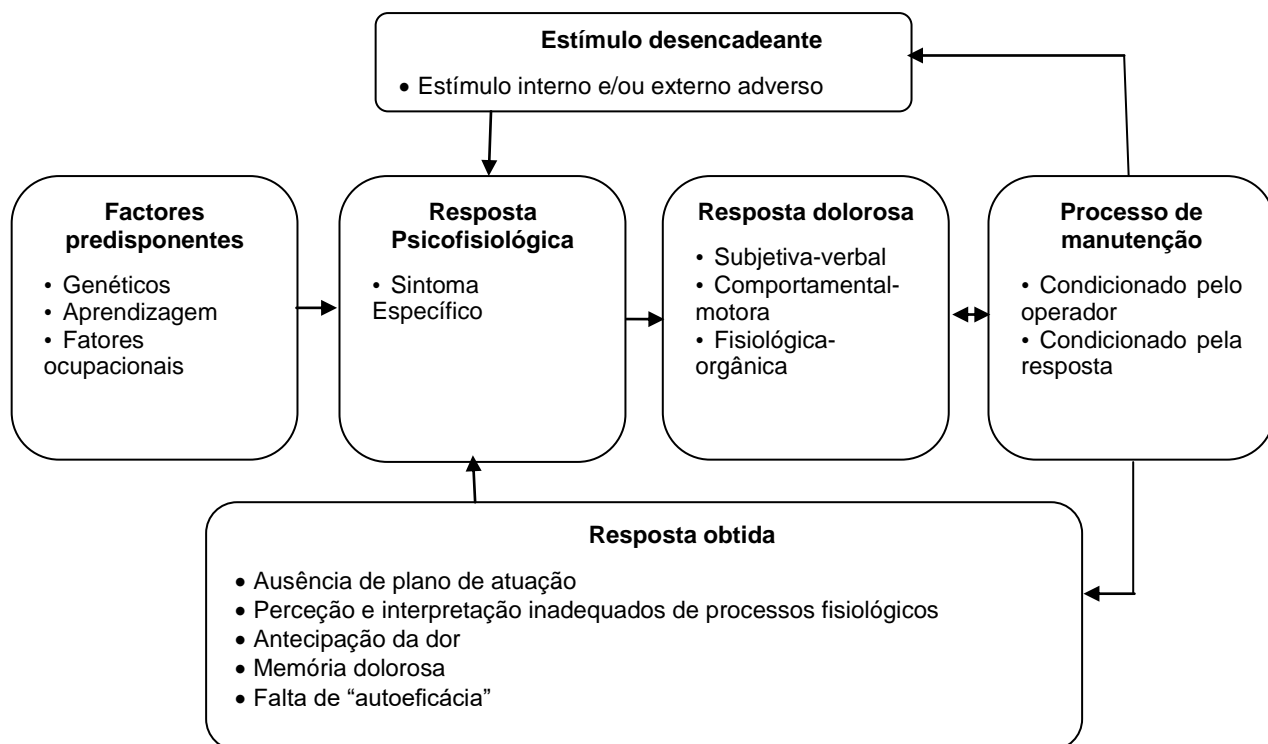
Podemos concluir que a neuromatriz, distribuída pelas diversas áreas cerebrais, compreende a distribuição da rede de neurónios que geram padrões, a distribuição da informação processada e, por último, produz um modelo que é sentido como um único corpo. É assim uma unidade de origem psicológica, dependente de fatores genéticos e de aprendizagem, que representa uma única entidade; isto é, tem propriedades estáticas (genéticas) e dinâmicas (aprendizagem) que influenciam a transmissão nervosa.

Aplicando este conceito à dor e à depressão, a neuromatriz possui neuroassinaturas destas entidades que originam sinais que não podem ser extintos, persistindo até modificação por intervenções psicológicas ou farmacológicas.

### **1.2.3. Modelo Psicobiológico**

Segundo Turk (20), a dor é uma experiência subjetiva e não existe forma de a quantificar objetivamente, pelo que a avaliação e a determinação da dor num doente dependem da sua comunicação verbal, do seu comportamento e do impacto que aquela exerce sobre sua vida social. Por se tratar de uma experiência subjetiva e holística, a intensidade da dor, a sua duração e significado atribuído são determinados pela pessoa que a está a vivenciar, isto é, tem uma componente psicológica.

Flor e Turk (21) propuseram um modelo multifatorial psicobiológico para a dor crónica que incorpora uma relação dinâmica de fatores fisiológicos e psicológicos. A dor é vista como uma resposta com componentes fisiológicos, comportamentais-motores e subjetivos-verbais que podem ter ou não uma base patológica, mas que terão sempre antecedentes e consequências psicológicas. Estas relações estão representadas na figura 4.



**Figura 4:** Modelo Psicobiológico para a Dor Crônica (Adaptado de Dworkin e Breitbart, 2004) (22)

Os fatores fisiológicos, predisponentes em relação a determinado sistema orgânico, constituem uma pré-condição para o desenvolvimento de Dor Crônica. Esta tem como base uma diminuição do limiar de ativação nociceptiva, que poderá estar relacionada com variáveis genéticas, antecedentes de trauma ou experiências sociais; que resultam num padrão estereotipado de resposta fisiológica.

Relativamente aos fatores desencadeantes, os estímulos relacionados com a dor que possuem um significado subjetivo negativo (pressão laboral, conflitos familiares) podem ativar o Sistema Nervoso Simpático (SNSimp) e precipitar contractura muscular, entre outros, originando um “ponto trigger”.

No que diz respeito à resposta obtida, um comportamento inadequado a nível comportamental, cognitivo ou fisiológico, poderá exacerbar a resposta de fatores desencadeantes. Uma mal adaptação cognitiva resulta de um aumento da percepção, preocupação e sobre interpretação de sintomas físicos resultando em alterações, como contractura muscular. Para além disso, a natureza do plano de atuação pode contribuir para o desenvolvimento de dor crônica e influenciar o seu percurso enquanto doença. A não adaptação às respostas fisiológicas como o aumento de atividade do SNSimp, da contractilidade muscular ou da sobre ativação do sistema nociceptivo, poderá induzir, exacerbar ou manter episódios dolorosos.

A perpetuação do fenómeno doloroso poderá ser consequência de processos de aprendizagem que condicionam o medo de determinada ação e de repostas sociais, motoras, cognitivas e fisiológicas que estão associadas à aprendizagem observacional e comportamental de processos dolorosos. Estes mecanismos de aprendizagem adquirem uma importante contribuição para manutenção da cronicidade, uma vez que despoletam processos fisiológicos responsáveis por memórias dolorosas no Sistema Nervoso; com o tempo, estas memórias podem ser responsáveis pela perpetuação do fenómeno doloroso na ausência de estímulo nociceptivo periférico.

Esta proposta de modelo psicobiológico, inicialmente sugerida para a dor musculoesquelética, rapidamente se alargou aos restantes tipos de dor.

Podemos assim concluir que os fatores biológicos podem iniciar, manter e modular perturbações físicas, enquanto as variáveis psicológicas influenciam a avaliação e perceção de estímulos internos, e os fatores sociais modulam o comportamento do paciente à perceção da perturbação física. A integração de todos estes mecanismos é o responsável pela perpetuação do fenómeno álgico. Assim, o modelo Psicobiológico fornece uma base para a abordagem multidimensional e para a avaliação e intervenção na dor crónica.

### **1.3. Controlo da Dor**

A dor crónica é um fenómeno complexo, quer devido à sua etiologia como entidade biopsicossocial, quer pelas limitações existentes para um controlo adequado da mesma. Para além dos problemas relacionados com a terapêutica, há que considerar as barreiras ao alívio da dor, quer por crenças e mitos dos doentes, quer dos próprios profissionais de saúde.

#### **1.3.1. Importância da equipa multidisciplinar na abordagem da dor crónica**

Uma das maiores dificuldades com que nos deparamos no tratamento da DC é o facto de, com demasiada frequência, nos focarmos no sintoma e não na pessoa. Neste sentido, a importância do trabalho em equipa multidisciplinar, da qual fazem parte integrante o doente e a família/cuidador, revela-se primordial na abordagem dos doentes com este tipo de dor. A limitação que apenas um profissional de saúde tem para identificar todos os aspetos e todas as variáveis de um indivíduo com dor crónica, realça a importância de uma abordagem efetuada por profissionais experientes nas diferentes dimensões envolvidas (15). A constituição desta equipa deve integrar, para além do doente e cuidador principal, médicos (de várias especialidades) enfermeiros, psicólogo, técnico de serviço social, nutricionista e, se possível, um assistente espiritual.



Facilmente se compreende que estas equipas multidisciplinares devem somente ser acedidas através de referenciação e não devem ser entendidas como instituições de cuidados primários. Unicamente os doentes com dor crónica complexa e/ou refratária à terapêutica instituída devem ser referenciados para as Unidades de Dor, pertencendo a estas a decisão para a admissão de cada doente nos centros especializados (13).

Relativamente à realidade Portuguesa, o Plano Nacional de Controlo da Dor (PNCDor) faz referência à organização de estruturas diferenciadas para o tratamento especializado da dor (2):

- a) Consultas de dor nos Hospitais Locais
- b) Unidades Terapêuticas de dor nos Hospitais Médico-cirúrgicos
- c) Unidades Multidisciplinares de dor nos Hospitais Polivalentes
- d) Centros Multidisciplinares de dor nos Hospitais Universitários
- e) Unidades Multidisciplinares de dor nos Hospitais Especializados Oncológicos

Assim, há uma hierarquização própria, de forma a garantir uma melhor utilização dos recursos existentes.

A abordagem através de uma equipa multidisciplinar tem como objetivos principais identificar as áreas potencialmente problemáticas e procurar alvos e estratégias de intervenção condutoras à adesão ao processo terapêutico. Com esta intervenção procura-se aliviar a dor e melhorar a qualidade de vida do doente, restaurando a capacidade funcional e social, aumentando a satisfação pessoal do doente (23).

Concluindo, são os conhecimentos e as práticas diversificadas dos diferentes elementos constituintes da equipa multidisciplinar que contribuem para a avaliação e para o controlo algico efetivo destes doentes.

### **1.3.2. Barreiras ao alívio da dor**

O alívio da dor é atualmente visto como um direito humano, pelo que estamos, não apenas perante uma situação clínica, mas também uma questão ética transversal a todos os profissionais de saúde (24).

Na prática clínica verificamos que, muitas vezes, a dor não se encontra controlada. Este facto poderá ter diversas etiologias, que vão desde as barreiras instituídas pelas profissionais de saúde, pelos doentes e familiares ou, mesmo, pelo próprio Sistema de Saúde. (25)

As barreiras inerentes aos profissionais de saúde estão relacionadas com diversos fatores, incluindo a falta de formação pré-graduada e a escassez de formação pós-graduada. Tal, resulta numa falta de sensibilização na pesquisa deste sinal vital e num desconhecimento da sua abordagem eficaz, não sendo explorada a vertente emocional da patologia. Muitas vezes é somente considerada a abordagem biomédica no tratamento da dor, não considerando a globalidade do sofrimento (dor total). Outro facto que contribui para o subtratamento da dor é a confusão entre as consequências previsíveis do uso crónico de opióides (tolerância e dependência física) e a dependência psicológica (adição) (26); tal atitude leva ao uso tardio desta classe farmacológica, mal associada a doentes oncológicos terminais.

O paradigma do controlo eficaz da dor crónica está diretamente relacionado com o consumo de opióides numa população. Em Portugal há uma subprescrição desta classe farmacológica em detrimento de outras, como os Analgésicos Anti-inflamatórios não Esteroides ou Analgésicos Periféricos. Tal comportamento é semelhante nos restantes países mediterrânicos, enquanto nos países nórdicos e anglo-saxónicos, se verifica um maior recurso a opióides.

Relativamente aos doentes e familiares, para além do receio de adição, frequentemente se verifica a preocupação no uso de fármacos opióides, na fase inicial da doença, por haver a crença de que estes perderão o seu efeito analgésico num estado mais avançado da patologia, ou poderão mesmo encurtar o tempo de vida. Tais factos são consequência de falta de informação e comunicação eficaz entre o paciente e os profissionais de saúde. É frequente a não expressão de dor, por receio em desviar a atenção do clínico do tratamento da doença primária ou por recusa em reconhecer a progressão da doença.

O Sistema de Saúde poderá não permitir um controlo eficaz da dor por não disponibilizar algumas formulações farmacológicas. Também a falta de uma política institucional para a aplicação e registo da avaliação de dor, bem como a escassez de recursos na área dos cuidados paliativos e de dor e a falta de formação pré-graduada são responsáveis por uma desvalorização do tratamento da dor. Não menos importante são as lacunas na organização, coordenação e referência entre os serviços, que torna mais moroso todo o procedimento. O número e a alocação de profissionais de saúde dedicados à área da dor são insuficientes; em 2003, apenas 60% dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) possuíam estruturas dedicadas especificamente à Dor Crónica (5). A legislação restritiva de alguns fármacos em relação à analgesia, assim como os problemas da contida disponibilidade de opióides, contribuem para uma opio fobia. Uma investigação que avaliou as práticas médicas evidenciou que, devido às preocupações de escrutínio legal, a maioria dos clínicos reduz a dose dos opióides, ou a quantidade de embalagens prescritas, ou escolhe um fármaco dito mais “leve” (27).

A abordagem sistemática de todas estas problemáticas é essencial para uma melhor abordagem desta patologia. A formação de profissionais de saúde deve ser estimulada a nível pré e pós-graduado, bem como a formação contínua no âmbito da dor. Para além disso, é essencial a educação dos doentes, nomeadamente através de campanhas de informação e sensibilização sobre o impacto negativo da dor crónica. A implementação eficaz do Plano Nacional de Controlo da Dor (PNCDor) integrado no Plano Nacional de Saúde da Direção Geral de Saúde (DGS), bem como a implementação de um sistema de cuidados paliativos eficaz, constituem a base deste paradigma.

### **1.3.3. Estratégias de controlo da dor**

O reconhecimento do impacto individual e socioeconómico da Dor Crónica tem feito eclodir políticas internacionais e nacionais, no âmbito da saúde, destinadas a combater a realidade da dor.

Em Portugal, a realidade da importância do controlo da dor ocorreu em 1999, quando a DGS criou um grupo de trabalho que viria a elaborar o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD) em 2001. Este documento descreve os modelos organizacionais para a abordagem da dor em meio hospitalar e orientações genéricas para o controlo da Dor. Foram ainda aprovados outros documentos como a Circular Normativa nº09/DGCG, de 14 de junho de 2003, que equipara a dor ao 5º sinal vital (1) e, nesta sequência, surgiu o Dia Nacional de Luta Contra a Dor (28), comemorado anualmente desde então. Estas iniciativas foram pioneiras na União Europeia, já que as instituições médicas deveriam encarar a dor de modo sério, informando os seus doentes sobre o direito que os mesmos possuíam em ter a sua dor avaliada e tratada idoneamente.

Ao promover a Competência da Dor em 2006, a Ordem dos Médicos enfatizou a importância da especialização dos clínicos com formação avançada, nesta área do conhecimento clínico.

Em 2008 é emitido um novo Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCDor), que visa dar continuidade, numa versão atualizada, ao anterior PNLCD, e que tem uma duração de intervenção de 10 anos. O PNCDor pressupõe a participação de várias entidades, nomeadamente os Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Hospitalares, Rede de Cuidados Integrados, Instituições do Ensino Superior, Ordens Profissionais e Sociedades Científicas, de forma poder haver boa correlação dos diferentes intervenientes no cuidar do doente.

Ainda neste ano é introduzida uma circular normativa sobre a Utilização dos Medicamentos Opióides Fortes na Dor Crónica não Oncológica (3). Em 2010 é reconhecida a particularidade da população idosa, com a publicação de Orientações Técnicas sobre o controlo da dor crónica na

pessoa idosa (4) e em 2014 a especificidade do tratamento da dor neuropática, através da Norma para o tratamento da dor neuropática no adulto e no idoso (29).

O PNCDor representou um marco estruturante para os cuidados de saúde na área da Dor em Portugal. Através da sua implementação foi possível aumentar a comparticipação e modificação da prescrição de fármacos opióides, publicar a Tabela da Medicina da Dor e emitir Normas de orientação Terapêutica para os profissionais de saúde. Apesar de o PNCDor não ter esgotado o seu horizonte temporal, que terminava em 2018, devido a reestruturações da DGS que não incluíam o PNCDor como prioritário, foi aprovado a 30 de outubro de 2012 o Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor). O PENPCDor tem um limite temporal de três anos e pretende dar continuidade ao anterior programa que foi interrompido, tendo como principais objetivos a redução da dor não controlada na população portuguesa, melhoria da qualidade de vida dos doentes com dor, racionalizar os recursos e controlar os custos necessários para o controlo da dor.

A preocupação com a temática da dor assume um papel de relevo nas políticas de saúde, no entanto, apesar de todos os documentos e factos referidos, ainda são necessárias mais intervenções neste âmbito para um efetivo controlo da dor, importante indicador de saúde. Combater a DC como outras doenças crónicas não infecciosas, assumindo que é um problema global de saúde pública, ajudará também na priorização e formulação de políticas dirigidas a ultrapassar esta dificuldade a nível nacional e internacional (30).

#### **1.3.4. Realidade portuguesa**

A Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) é uma associação que tem como objetivos “promover o estudo, o ensino e a divulgação dos mecanismos fisiopatológicos, meios de prevenção, diagnóstico e terapêutica da dor de acordo com os parâmetros definidos pela IASP e pela OMS” (31). Esta associação apoia o desenvolvimento de projetos científicos no âmbito da dor, servindo como intermediária entre os profissionais de saúde e os organismos de saúde, sociedades científicas e a população.

O controlo da dor crónica deve ter início nos Cuidados de Saúde Primários, porém, a complexidade do diagnóstico, a necessidade de efetuar exames complementares de diagnóstico ou técnicas terapêuticas diferenciadas, e/ou a dificuldade no controlo da dor e no manuseamento de fármacos específicos são fatores que podem levar à referenciação do doente para estruturas de saúde mais diferenciadas, com o apoio de profissionais especializados. É neste contexto que surgem as Unidades de Dor nos Cuidados de Saúde Hospitalares, que possuem diferentes graus

de diferenciação de acordo com a estrutura hospitalar em que se encontram inseridos, tal como referido no PNCDor.

Em Portugal, verificamos que 85.1% dos doentes recorre ao Médico de Família para controlo da dor, sendo que somente 1% da população inquirida é seguida por um médico especialista em unidade específica para a dor, apesar de 6.9% já ter sido consultado numa destas unidades (32).

As dores lombares, osteoarticulares e cefaleias são as mais prevalentes na população portuguesa (33), não sendo feita referência à dor oncológica. Noutro estudo, apesar de questionada, a dor oncológica tem uma expressão reduzida em termos de prevalência de dor crónica (32).

Não há dados relativamente ao impacto socioeconómico da dor em Portugal. No entanto, a incapacidade provocada pela dor interfere de forma moderada nas atividades familiares, domésticas e profissionais, sendo responsável pela perda de emprego (10.1%) ou mesmo a reforma antecipada (12.9%). Ficou também demonstrada a prevalência elevada de ansiedade (59.8%) e depressão (39.6%) nesta população (32).

Assim, esta entidade está associada a uma sobrecarga do Serviço de Saúde devido à patologia associada, para além da sua relação direta com o agravamento das políticas económicas do país por incapacidade/baixa de trabalho ou reforma antecipada. A DC é, em média, responsável por 14 dias de baixa anual, representando um valor superior a 290 milhões de euros de custos salariais suportados pela Segurança Social (34).

#### **1.4. Tratamento da Dor**

O tratamento da dor é um mecanismo complexo, já que integra as diversas vertentes do ser humano, sendo importante uma avaliação multidisciplinar e abordagem multimodal.

O alívio da dor deverá compreender um conjunto de atitudes farmacológicas e não farmacológicas.

Relativamente à terapêutica farmacológica, deverão ser seguidas as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) (35), que preconiza a “escada analgésica” como base para a abordagem do doente com dor crónica; esta possui três degraus que correlaciona o uso sequencial de fármacos de acordo com a intensidade da dor. No primeiro degrau (dor ligeira) devem ser usados fármacos não opióides, no segundo degrau (dor moderada) são introduzidos fármacos opióides fracos e, por último, no terceiro degrau (dor severa) há que recorrer aos opióides fortes. Associados a estes fármacos, e em qualquer etapa da escada analgésica da OMS, podem

ser utilizados fármacos adjuvantes que apesar de não terem efeito analgésico direto, potenciam a ação dos mesmos; são eles os corticoides, anti convulsivantes, antidepressivos ou relaxantes musculares. Os adjuvantes controlam a ansiedade, depressão, insónia e contratura muscular, beneficiando o bem-estar do indivíduo. De referir que as doses necessárias para obter uma resposta analgésica são, usualmente, inferiores às necessárias para controlo da patologia para que foram inicialmente designados.

Após mais de duas décadas depois da sua introdução, e à luz dos conhecimentos científicos atuais, questiona-se a adaptação desta escada, nomeadamente através de um quarto degrau, que integra medidas invasivas para o tratamento da dor (neuroestimuladores centrais, bloqueio/neurólise de nervos) (36).

As técnicas não farmacológicas devem ser consideradas na abordagem multimodal para o tratamento da dor em associação, ou não, à terapêutica farmacológica. Existem intervenções físicas (TENS) e psicológicas (técnicas cognitivo-comportamentais, psicoterapia, técnicas de relaxamento, hipnose, entre outras); de salientar a importância destas técnicas serem instituídas por profissionais.

## Capítulo II – Ansiedade e Depressão

### 2.1. Implicações da dor crónica na ansiedade e depressão

As pessoas que concomitantemente têm dor crónica e depressão experienciam um sofrimento acrescido associado a elevados custos físicos, psicológicos, sociais e financeiros.

Mais do que qualquer outro sintoma, a dor tem uma componente emocional. As alterações emocionais podem ser uma consequência da dor ou um problema concomitante de etiologia diversa.

A ansiedade pode exacerbar a dor através de estimulação da atividade do Sistema Nervoso Autónomo por contração muscular, vasoconstrição ou aumento da motilidade intestinal. Apesar de a literatura ser limitada no que diz respeito à relação entre ansiedade e doentes com patologia médica, é de referir redução dos níveis de qualidade de vida e um pior *outcome* da sua doença (37). A prevalência de ansiedade varia entre os 18 e os 35% (38), apesar de valores superiores terem sido encontrados num estudo na população portuguesa (32).

A Dor Crónica é exacerbada pela Depressão e a depressão é potenciada pela Dor Crónica, sendo que ambas as patologias se encontram subdiagnosticadas e subtratadas (39). A incidência de depressão na população com DC é maior do que em outras doenças crónicas (neoplasia, patologia cardíaca) devido a uma menor resposta ao tratamento instituído. Na população portuguesa, a Depressão afeta cerca de 20 a 25% dos indivíduos, destes 20% vem a desenvolver uma doença crónica e sem remissão, maioritariamente devido a um tratamento inadequado (40).

Relativamente à população oncológica, entre 20 a 40% sofre de ansiedade e depressão na altura do diagnóstico, mas que poderá manter-se durante vários anos (41) (42).

### 2.2. Ansiedade e dor crónica

Os estados de ansiedade são comuns na Dor Crónica. Por ansiedade entende-se uma preocupação, uma reação universal, correspondendo a uma resposta do indivíduo a uma situação em que as exigências do meio ambiente ultrapassam os recursos pessoais, e em que esta relação é avaliada como ameaçadora, podendo ser angustiante para o paciente. Quando a ansiedade se torna de tal forma intensa que interfere nas atividades diárias, considera-se patológica.

A ansiedade em contexto de Dor Crónica adquire inicialmente uma componente cognitiva, em que a preocupação com o estado clínico leva à procura de assistência médica. Posteriormente

poderá estar associada a uma componente psicológica e comportamentos de evicção que se perpetuam apesar da diminuição do estímulo doloroso desencadeante (25) (43).

O diagnóstico diferencial com depressão deve ser feito, o que se revela um autêntico desafio pela sobreposição de sintomas. Devido à possível manifestação psicossomática, também deverá ser excluída uma doença orgânica (25).

Como referido anteriormente, a antecipação da dor e a memória dolorosa são fatores que influenciam a resposta e tolerância à dor, estas entidades poderão corresponder a um acontecimento desencadeante de um estado de ansiedade e defesa comportamental. Estes comportamentos de evicção estão associados a diminuição do sofrimento, no entanto, se persistirem ao longo do tempo, podem induzir um aumento do limiar de medo, limitação da atividade e outras consequências físicas e psicológicas que contribuem para um estado de mal adaptação e perpetuação do quadro álgico (11).

Num estudo realizado numa Unidade de Dor Portuguesa, verificou-se uma maior incidência nas mulheres (63%) do que nos homens (25%) (44).

Concluindo, a ansiedade relacionada com a dor e receios associados a comportamentos de evicção, desempenha um papel importante na dor crónica sendo essencial a sua avaliação na abordagem multidisciplinar do tratamento da dor crónica.

### **2.2.1. Ansiedade em oncologia**

Na população oncológica os aspetos psicossociais têm sido negligenciados, no entanto, atualmente, existe uma maior consciencialização para a importância desta avaliação como fator de qualidade na prestação de serviços (42) pelo que a sua pesquisa é recomendada por rotina.

Nos doentes oncológicos, a ansiedade poderá estar associada à adaptação à doença e ao tratamento, presença de patologia orgânica com multiplicidade de sintomas, antecedentes de patologia psiquiátrica, uso de fármacos que podem induzir ansiedade e à consciencialização da própria morte (25).

### **2.3. Síndrome depressiva e dor crónica**

A depressão é um sentimento patológico de tristeza que se caracteriza por desânimo, perda de interesse e do prazer em realizar o que anteriormente se fazia (DSM-IV).



Se em alguns quadros álgicos (lesão osteoarticular, inflamação) os fatores psicossociais têm uma importância menor em relação aos fármacos que atuam diretamente na lesão, há outros (fibromialgia, síndrome do intestino irritável) em que a componente psicossocial tem um interesse maior e a terapêutica psicológica que altera a depressão tem efeito positivo no controlo da dor (45).

A perpetuação de um fenómeno álgico pode conduzir a uma resposta mal adaptativa que, por sua vez, contribui para a perpetuação da dor. Estes pacientes têm uma sensação de abandono e baixos níveis de autoconfiança, o que contribui para uma perpetuação do quadro álgico; um estudo revelou que este fator está relacionado com maior mortalidade em doentes com Artrite Reumatoide (45).

Considerando SD nos doentes seguidos numa Unidade de Dor portuguesa, verificou-se uma maior incidência no sexo feminino (42%) do que no masculino (27%) (44).

### **2.3.1 Síndrome Depressiva em oncologia**

Relativamente aos doentes oncológicos os estudos revelam níveis elevados de ansiedade e depressão, que normalmente estão presentes em simultâneo, apesar de um poder predominar (46). Os estudos revelam uma incidência de Síndrome Depressiva superior ao da população geral, o que se devem à angústia (pelo diagnóstico), ao sofrimento (dos tratamentos), à dor física de outras patologias concomitantes ou tratamentos instituídos (46). Estas alterações psicológicas requerem, frequentemente, terapêutica psicológica/psiquiátrica.

É ainda de referir a associação entre a etiologia da neoplasia e a incidência de SD. A depressão é, frequentemente, um sintoma de apresentação da neoplasia pancreática (46) e poderá estar relacionada com a neoplasia ginecológica.

Relativamente à relação entre o estágio da doença oncológica e a incidência de SD, há estudos que demonstram esta associação, apesar de noutros não ser representativa. A prevalência de SD na doença oncológica avançada varia entre os 9% e os 54% dependendo dos estudos e critérios de diagnóstico definidos (42) (46).

O diagnóstico desta entidade psiquiátrica pode ser dificultado pela coexistência de sintomas somáticos como anorexia, emagrecimento, perda de peso, fadiga ou insónias, uma vez que são comuns a ambas as patologias (25) (42) (46). Consequentemente, o diagnóstico deve basear-se em sintomas psicológicos e não somáticos.

A prática clínica demonstra que o tratamento da SD, independentemente do momento do diagnóstico, em doentes oncológicos com doença avançada pode aumentar a esperança de vida (42).

### **2.3.2. Mecanismo Biológico**

O reconhecimento da associação entre DC e SD levou ao aumento do interesse no estudo dos mecanismos biológicos entre estas duas entidades patológicas.

Diferentes estudos efetuados revelaram alterações em neurotransmissores que estão relacionados com a depressão e a dor. Deste modo, verificou-se a existência de níveis baixos de serotonina (5-HT) nos doentes deprimidos, especialmente naqueles com ideação suicida. Este neurotransmissor também possui propriedades pró nociceptivas ou anti nociceptivas dependendo do local de ligação do Sistema Nervoso Central (SNC), se esta ocorrer na via descendente do SNC as características anti nociceptivas prevalecerão (47) (48). Os níveis de Noradrenalina (NA) também se encontram diminuídos nestas duas entidades; o efeito antiálgico ocorre no mesmo local da 5-HT e tal como esta tem efeito propriocetivo a nível periférico (49). Estudos de investigação demonstram o aumento de substância P nestes doentes; este neuro peptídeo está associado à dor, inflamação, ansiedade e distúrbios psicológicos sendo importante na sensibilização central responsável pela perpetuação de quadros dolorosos (50).

Na população oncológica, as citocinas pró-inflamatórias, nomeadamente o Fator de Necrose Tumoral (TNF), podem atuar a nível do SNC, estando associadas ao desenvolvimento de Síndrome Depressiva (42), o que indicia um mecanismo biológico distinto nesta população específica.

Num estudo prospetivo em doentes com Artrite Reumatoide conclui-se que pacientes com dor basal severa tinham maior probabilidade de vir a desenvolver Síndrome Depressiva aos 6 meses (51).

### **2.3.3. Epidemiologia da Depressão**

A incidência de SD na população em geral é de cerca de 6% (25) (52). Na população portuguesa a incidência é de 20% (40). Dependendo da literatura, na população oncológica, a prevalência de SD varia entre os 4.5% e os 58% (25) e na população portuguesa com Dor Crónica é de 39.6% (32).

Vários estudos demonstram a importância de variáveis sociodemográficas na relação com o desenvolvimento de Síndrome Depressiva.

Um estudo transversal a toda a população adulta americana demonstrou uma maior prevalência na população mais jovem (até aos 30 anos) e no sexo feminino. Relativamente às habilitações literárias, verificou-se uma relação direta entre o desenvolvimento de SD e as baixas habilitações literárias (inferiores a 11 anos de escolaridade). Os desempregados e estudantes são os que têm uma maior incidência de SD, os empregados (ativos) aqueles que apresentam menor prevalência de SD. Por último, relativamente ao estado civil, os solteiros são os que têm níveis mais elevados de depressão, os casados são aqueles que revelam menor incidência desta patologia (52).

Quando a coesão familiar é baixa e os conflitos familiares estão presentes, a incidência de SD é superior (40). Nos doentes com diagnóstico de Artrite Reumatoide, a SD está relacionada com a baixa escolaridade e baixo nível socioeconómico (53).

Em relação à população oncológica, mais especificamente no contexto de cuidados paliativos, verifica-se uma maior incidência nos últimos três meses de vida. Como fatores de risco para o desenvolvimento de Síndrome Depressiva, podemos considerar a idade jovem, uso prévio de antidepressivos, baixa autoestima, doença prolongada e a aproximação da morte (42).

No tratamento da dor e da depressão, é importante estabelecer se a deteção precoce de sintomas depressivos e intervenção atempada pode prevenir uma síndrome depressiva major em pessoas com dor crónica alterando o curso da manifestação da doença. Apesar de haver poucos estudos neste sentido, a prática clínica demonstra que o alívio precoce da dor é especialmente benéfica em doentes que, apesar de demonstrarem alguns sinais e sintomas de depressão, ainda não a desenvolveram.

A utilização de diversas técnicas farmacológicas e não farmacológicas para reduzir a ansiedade e depressão são importantes. Os doentes com Síndrome Depressiva e DC processam a informação quantitativa e qualitativamente de forma diferente em relação aos não deprimidos. Deste modo, as intervenções cognitivas são importantes por atuarem a nível da componente psicológica, mas também na perceção funcional da dor (45).

## **2.4. Avaliação da componente emocional**

Apesar de ainda não se ter tornado habitual, a avaliação componente emocional é uma dimensão importante na abordagem do doente com dor crónica (54) já que está demonstrada a relação entre estas entidades. As variáveis psicossociais, incluindo a componente emocional, deveram ser consideradas de extrema importância, não devendo continuar a ser encaradas como

uma medida secundária na abordagem do doente com dor crónica (54); tal é demonstrado pelos modelos multidimensionais explicativos desta entidade.

A pesquisa desta patologia deve ser especificamente dirigida e questionada, de modo a garantir que é dada a devida importância a este importante aspeto da abordagem multidisciplinar da doença.

Devido à facilidade de uso os materiais de rastreio devem fazer parte do uso clínico diário, estando demonstrado o seu benefício quer para o doente, quer para a equipa de profissionais de saúde (42). As *guidelines* da NCCN (National Comprehensive Cancer Network) recomendam o uso de testes de rastreio destas entidades numa primeira consulta e sempre que ocorra alteração da doença.

## **Capítulo III – Atitudes dos Profissionais de Saúde**

### **3.1. Informação de Saúde (Considerações Gerais)**

A saúde é uma área complexa devido ao elevado número de agentes que influenciam a prática do registo da informação clínica, no entanto, não existem normas ou diretrizes comuns que possam ser adotadas. Estas variam muito de dentro do mesmo grupo profissional (e mesmo de profissional para profissional) tanto em forma como em conteúdo (55).

Por informação entende-se “um conjunto de dados e o seu processamento, visando o conhecimento ou a compreensão de determinados aspetos ou situações do mundo e ação sobre ela” (7). A informação resulta do processamento ou tratamento de dados, fundamental na construção do conhecimento e tomadas de decisão.

A gestão de informação é constituída por vários processos, cada um com padrões de comportamentos e procedimentos que são repetidos e replicados consoante a necessidade de obter mais informação. Estes processos consistem na identificação de requisitos, aquisição, distribuição e uso da informação (56). Determinar os requisitos de informação é um processo complexo, pois implica perceber como é que as pessoas utilizam a informação quando inseridas no seu ambiente organizacional. Uma vez definida a informação necessária, a aquisição ou recolha de informação deve ser entendida como uma atividade contínua não constituindo um processo realizado de forma única e definitiva. O processo de distribuição requer a ligação entre as pessoas e a informação, preferencialmente através da categorização. Por último, o processo de utilização é a vertente que permite ao sistema de informação comunicar com os utilizadores, pelo que o seu suporte deve permitir a utilização simplificada da informação.

Esta gestão de informação é de extrema importância nos processos de decisão, pois só dispondo de informação atualizada e de qualidade é que é possível tomar decisões esclarecidas e adequadas (7).

Na saúde, a informação obtida num contexto de relação pessoal com os indivíduos é elaborada e processada por profissionais de saúde, devendo estar disponível para uma tomada de decisão. É importante não esquecer a importância ética da confidencialidade e proteção da privacidade dos doentes.

### **3.2. O Processo Clínico**

O processo clínico é a base do sistema de informação, consiste num sistema de armazenamento da informação clínica de um doente com registos da responsabilidade dos profissionais de saúde.

No processo clínico constam informações relativas à situação clínica atual, bem como outros dados considerados relevantes, como os dados demográficos, antecedentes pessoais, exame físico, exames complementares de diagnóstico, terapêutica e evolução, poderão existir outros campos em constante atualização, já que é um processo dinâmico.

É com base nos dados recolhidos que se toma a decisão clínica. Esta envolve três etapas: observação, decisão e plano de ação, também designados por ciclo de diagnóstico-terapêutica (57).

Embora a importância dos registos clínicos seja comumente aceite pelos profissionais de saúde, nem sempre a forma como se regista é consensual (55). Esta ausência de normas facilita a falha de comunicação podendo, em último caso, comprometer a tomada de decisões clínicas. Para além disso, esta não conformidade pode também comprometer aspetos éticos, como a confidencialidade e a proteção da privacidade. Os estudos de investigação também são dificultados por esta desorganização de registo clínico.

Há vários tipos de registo clínico que variam de acordo com o tipo de suporte e organização da informação. Quanto ao tipo de suporte, estes podem ser em registo de papel ou informatizados; relativamente à organização, podemos ter um processo único integrado ou separados pelas diversas especialidades, episódios ou serviços (consulta externa, internamento, serviço de urgência, bloco operatório). De referir a ausência de ligação entre os processos do Serviço Hospitalar e de Cuidados de Saúde Primários em bastantes locais.

Podemos concluir que toda esta diversidade de acontecimentos está longe do processo clínico estruturado e organizado, que facilitaria a tomada de decisões e a investigação clínica e evitaria o erro clínico, falhas de informação e comunicação.

#### **3.2.1. Processo clínico em papel**

Os registos clínicos do Processo Clínico em Papel (PCP) são introduzidos manualmente pelo profissional de saúde, com a estrutura e organização individual de quem os regista, o que poderá levar a dados pouco estruturados.

Tipicamente são constituídos por uma capa de cartolina com a identificação do doente, uma lombada e vários separadores onde são efetuados os registos e arquivados documentos.

As principais vantagens deste tipo de processo são:

- a) introdução de dados facilitada
- b) versatilidade dos registos (cada profissional adapta o registo às suas preferências)
- c) não obrigam a formação específica

Como limitações, podemos admitir:

- a) dificuldade de acesso e armazenamento
- b) ilegibilidade
- c) perda ou erro de informação
- d) inconsistência do local de informação
- e) ausência de estruturação interna dos registos
- f) duplicação de informação
- g) eficiência na pesquisa e disponibilização de dados
- h) registos de natureza estática (uma única cópia dos dados armazenados)

### **3.2.2. Processo Clínico Eletrónico/ Registo de Saúde Eletrónico**

A necessidade crescente de estruturação e acesso rápido à informação clínica, juntamente com o advento das tecnologias de informação, promoveram o crescimento do registo eletrónico.

Por Processo Clínico Eletrónico/Registo de Saúde Eletrónico (RSE) entende-se um “registo médico eletrónico residente num sistema especificamente concebido para suporte dos utilizadores com disponibilização de acesso completo e preciso a dados, alertas, notas, sistemas de apoio à decisão clínica, com ligação a múltiplos meios de fornecimento de saber médico, e outras ajudas” (58). Assim, o RSE é muito mais do que uma simples transformação informática do processo em papel, ele pressupõe ser uma ferramenta de suporte e apoio à decisão clínica e melhoria dos cuidados prestados. A informação clínica deverá ser estruturada de modo a permitir a normalização da informação, fazer o tratamento dos dados clínicos, ter mecanismos de alerta e sistemas de apoio à decisão clínica (nomeadamente protocolos de atuação, normas de orientação clínica, algoritmos de emergência, prontuário terapêutico, centros de referência), avaliar a prestação de cuidados e permitir a investigação clínica.

Idealmente deveria agrupar toda a informação clínica relativa a um doente (hospitalar e cuidados de saúde primário). Atualmente verifica-se que alguns hospitais já possuem um RSE

totalmente disponível, com junção de todos os episódios e exames, no entanto, noutros a realidade é diferente, só estando o RSE disponível para um determinado serviço (p. ex. serviço de urgência) (59).

Uma outra particularidade do RSE consiste na participação de outros intervenientes, para além do médico, pelo que é essencial ter em consideração o nível de acesso e registos permitidos a enfermeiros, técnicos, gestores e administrativos. No futuro poderá ser incluída a participação dos doentes na atualização contínua do RSE (59).

A diversidade de *software* disponível, assim como a compatibilidade entre os diversos programas hospitalares, é um problema que se coloca perante uma futura globalização nacional, ou mesmo internacional, do RSE.

De acordo com o conselho nacional de ética para as ciências da vida, as principais vantagens dos registos digitais são (7):

- a) acessibilidade
- b) legibilidade
- c) responsabilidade
- d) abordagem multidisciplinar
- e) melhoria global da prestação de cuidados
- f) controlo estatístico
- g) seguimento de gastos e deteção de desvios
- h) redução de custos
- i) clarificação dos procedimentos do registo e da manutenção dos dados informáticos
- j) segurança de informação
- k) antecipação na prevenção ou deteção de erros

Os principais riscos referidos secundários ao armazenamento de dados de saúde em suporte digital são (7):

- a) fuga de informação
- b) uso indevido de dados para a investigação científica
- c) transferência ilícita de informações
- d) perda de confidencialidade

O principal problema deste tipo de registos está dependente da sua fase inicial de implementação, já que implicam uma formação específica dos profissionais de saúde com



consequente consumo de recursos de educação e treino, maior dispêndio de tempo por introdução de dados inicial mais lenta e uma constante atualização de conhecimentos. Um outro problema com que nos podemos deparar é a eventual falha do sistema e consequente inacessibilidade aos dados e todas as funções disponibilizadas.

A boa prática médica está dependente da eficiência como a informação é processada, reprocessada, obtida e comunicada, pelo que as ciências de informação adquirem uma importância primordial.

### **3.2.3. Realidade Portuguesa**

Segundo um estudo realizado pela Comissão Europeia em 2008 (60) a utilização de tecnologias de informação e de comunicação no sector da saúde varia consideravelmente nos estados membros. Enquanto países como a Noruega, Suécia, Finlândia, Dinamarca, Holanda e Reino Unido estão na vanguarda da utilização de sistemas de saúde eletrónicos, a Letónia, Lituânia, Roménia, Polónia e Grécia quase não utilizam as soluções eletrónicas.

Em termos gerais, Portugal está enquadrado na média da Comunidade Europeia relativamente à disponibilização e utilização de infraestruturas tecnológicas disponíveis. No entanto, atualmente, a principal limitação na implementação de um RSE está mais relacionada com a disponibilização de computadores (p. ex. armazenamento) do que na interligação destes e aplicações disponibilizadas (61).

Nos últimos anos tem-se assistido a uma evolução no que diz respeito às infraestruturas disponibilizadas e ao reforço dos serviços eletrónicos disponíveis. O serviço informático no sector público é constituído por um conjunto de sistemas disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) que coexiste, a nível de cada hospital, com um conjunto complementar de sistemas adquiridos ou desenvolvidos localmente.

De acordo com o grupo de trabalho de reflexão de RSE criado pela ACSS, os objetivos práticos para 2010 eram definir o processo de certificação das várias aplicações para integrarem o RSE, garantindo as bases tecnológicas para o seu desenvolvimento. Em 2012 seriam acompanhados os processos de implementação a nível central, disponibilizando o programa e promovendo ações de formação junto dos profissionais de saúde. Para 2015 está previsto garantir a operacionalidade do portal, promovendo-o a nível europeu, de forma a conseguir a integração europeia do mesmo (62).

A nível nacional existem algumas instituições com RSE implementado. No Hospital Geral de Santo António verificaram-se melhores resultados relativamente aos dados registados, erros, custos, apoio à decisão clínica e investigação (61).

Existindo um plano a nível central para a implementação do RSE a nível nacional e sua posterior integração a nível europeu, é importante iniciar este caminho, tendo como base os exemplos nacionais já existentes.

### **3.2.4. Resistência dos profissionais de saúde ao registo eletrónico**

Os benefícios do RSE são largamente reconhecidos, no entanto, verifica-se uma resistência dos profissionais de saúde na adesão a este tipo de registo.

A principal barreira à adesão ao registo eletrónico é o facto de a implementação do sistema informático ser da responsabilidade de cada instituição, enquanto o uso do sistema constitui um ato individual. Em muitos hospitais, a decisão de escolha do *software* é efetuada por pessoal técnico, e a sua utilização é feita por profissionais de saúde, não estando, por vezes, adaptado à realidade hospitalar (8).

A introdução inicial de um produto é sempre conturbada. Se por um lado há uma minoria que acolhem abertamente os novos produtos no mercado, a maioria prefere usar métodos já amplamente testados, mais baratos e facilmente assimiláveis pelo ambiente de trabalho sem grande alteração organizacional.

Estudos efetuados em Medicina Geral e Familiar demonstram diferença na população médica que utiliza os diferentes tipos de registo no processo clínico. O RSE está mais difundido nas áreas urbanas, hospitais e em clínicos com um ficheiro pequeno, enquanto o PCP prevalece nas áreas rurais/suburbanas, em pequenos consultórios (2 a 6 clínicos) e que acompanham mais de 31 pacientes por semana (63).

Existem vários fatores contribuintes para a resistência à mudança (RTC) – *resistance to change* - por parte dos profissionais de saúde, dentro dos quais podemos destacar a personalidade e fatores de funcionalidade/perceção do tempo perdido (8). A personalidade do clínico é particularmente importante na RTC já que estas pessoas têm dificuldade em quebrar a rotina e são ansiosas em relação à mudança; a aprendizagem de novas tarefas tecnológicas é mais trabalhosa, e é percebida como difícil e pouco eficiente. Fatores de funcionalidade, dentro dos quais se destaca a perceção de tempo perdido e perda de produtividade, também constituem uma barreira à

adoção do RSE de forma direta e indireta; diretamente através de uma atitude negativa, e indiretamente por ser desconsiderada a real utilidade do sistema informático.

Como a adesão à utilização do RSE é influenciada pela postura individual, podem ser tomadas atitudes que influenciem positivamente esta mudança. O sistema informático deverá ser desenhado de modo a minimizar as alterações no ambiente de trabalho, para isso, os profissionais de saúde devem ser envolvidos neste processo, promovendo a familiarização e uso do mesmo. A formação é essencial no processo de introdução de uma ferramenta de trabalho nova, não devendo ser descurada (8).

Concluindo, a RTC, associada à dificuldade na implementação de sistemas informáticos, é um fenómeno multifatorial que deverá ter em consideração diferentes dimensões implicadas, já anteriormente referidas. Esta dificuldade pode ser minimizada através da aplicação de manobras de incentivo aos profissionais de saúde.

### **3.3. Registos clínicos eletrónicos e acesso ao processo (especificidades do acesso à informação de saúde)**

Uma das questões que mais frequentemente se coloca em relação aos registos eletrónicos prende-se com o acesso e confidencialidade dos RSE. No entanto, em termos de segurança, um registo informático devidamente creditado e auditado revela mais garantias do que o registo em papel.

De acordo com a legislação em vigor e com o parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, o cidadão é o proprietário da informação de saúde, sendo as instituições fiéis depositárias da mesma. Assim, o acesso à informação de saúde por parte do seu titular é da responsabilidade do mesmo, podendo ser adquirida por este ou por terceiros devidamente autorizados. Caso a informação obtida possa ser considerada de natureza sensível, por poder afetar terceiros, ela deverá merecer proteção especial. O conceito de informação da saúde mantém-se após o falecimento da pessoa (7) (61).

Relativamente aos profissionais de saúde, estes têm direito a aceder à informação clínica gerada. Para acesso à totalidade da informação do processo, e de forma a garantir a segurança da informação, deverá existir um consentimento livre e informado por parte do doente já que para o acesso à informação de saúde se é permanentemente confrontado com o respeito pela confidencialidade (sigilo profissional) (7).

Assumindo o princípio que a informação de saúde pertence ao próprio, a segurança deve preservar a confidencialidade, a integridade e a disponibilidade (61). De modo a aumentar a segurança deve ser garantida a separação lógica (programa) e física (servidor) dos dados clínicos e de identificação, bem como deve ser nomeado um responsável pela base de dados, que deve manter a constante atualização das medidas de segurança e de prevenção de riscos. Importa ainda referir que, em qualquer altura, o utente tem o direito que um determinado dado clínico, relativo a si próprio, seja considerado reservado e, conseqüentemente, o seu acesso vedado a outras pessoas para além do profissional de saúde a quem foi voluntariamente transmitido (7).

### **3.4. Diagnóstico de Síndrome Depressiva pelos Profissionais de Saúde e seu Registo Clínico**

O Síndrome Depressiva (SD), considerado um problema de Saúde Pública, é uma patologia crónica com remissões frequentes, especialmente se não for tratada. Os pacientes que sofrem desta patologia frequentemente negam os seus sintomas, não procurando ajuda médica, fazendo com que o seu diagnóstico permaneça subvalorizado.

O diagnóstico atempado e o tratamento adequado de SD diminui a gravidade clínica desta patologia. Na prática clínica, nomeadamente nos Cuidados de Saúde Primários, o diagnóstico de depressão tem uma baixa incidência devido a vários fatores, nomeadamente à orientação da consulta para sintomas físicos e o pouco tempo disponível por consulta (64) (65).

Apesar do diagnóstico de patologia psicológica não implicar um tratamento farmacológico imediato, é essencial o seu reconhecimento e a discussão dos sintomas para a sua abordagem.

Quando a depressão é mais severa, associada à ansiedade ou a outra patologia mental, com sintomatologia típica, ou é o motivo de consulta, o diagnóstico é mais frequente (64) (65) (66) (67). Para além disso, há uma relação direta entre a idade do doente, a existência de um tratamento anterior, o número de sintomas, a experiência do médico, o uso de instrumentos de avaliação e o reconhecimento de SD (64). A relação de empatia e confiança no médico assistente e o número de consultas também são fator preditivo positivo para o diagnóstico (67). Curiosamente, em Cuidados de Saúde Primários, quando os doentes apresentavam essencialmente sintomas álgicos, havia um maior risco de não detetar SD (68) apesar destas duas entidades estarem frequentemente associadas.

Relativamente aos registos médicos, verificou-se que apesar do reconhecimento de ansiedade e/ou SD, a grande maioria dos doentes com diagnóstico de SD não possui registo dessa patologia (66).

Vários estudos efetuados consideram como critérios de diagnóstico a prescrição de fármacos antidepressivos, referência em texto livre a SD, referenciação para profissionais da área e codificação da patologia. Se considerarmos estes fatores isoladamente, a prescrição medicamentosa é que possui maior sensibilidade e a codificação aquela com menor sensibilidade diagnóstica (65) (66) (69). Quanto à sensibilidade de diagnóstico pelos profissionais de saúde, os dados são contraditórios: há estudos que referem que a maioria dos casos é diagnosticada, deixando poucos casos duvidosos ou por reconhecer, enquanto outros consideram que há um subdiagnóstico desta entidade (64) (66).

Relativamente à abordagem desta patologia, verifica-se que muitos dos pacientes com ansiedade e/ou SD não recebem tratamento. Daqueles que recebem, há uma dispersão no tipo de apoio prestado (terapêutica farmacológica, não farmacológica ou referenciação); de notar que a maioria dos pacientes (60%) recebe vários tipos de tratamento (66).

É importante a atualização e a perceção da relação entre a população com Dor Crónica e Síndrome Depressiva devido a estreita relação entre estas duas entidades.

## **Capítulo IV – Estudo Empírico**

### **4.1. Metodologia de investigação**

Este capítulo pretende descrever a metodologia utilizada no estudo empírico, apresentando o desenho do estudo, os objetivos da investigação, as variáveis estudadas, a população/amostra e os critérios de inclusão, os instrumentos utilizados, a análise fatorial e seus resultados. É ainda feita referência ao procedimento de recolha e tratamento de dados.

#### **4.1.1. Objetivos da investigação**

Os objetivos de um estudo constituem a finalidade de um trabalho científico, indicando a orientação da investigação (70).

Podemos distinguir dois tipos de objetivos: os gerais, mais amplos; e os específicos, que devem ser orientados em função do objetivo geral.

##### **4.1.1.1. Objetivos gerais**

- Determinar a prevalência de Síndrome Depressiva nos doentes oncológicos seguidos na Consulta de Dor Crónica do HESE, EPE

##### **4.1.1.2. Objetivos específicos**

- Determinar a diferença de prevalências de Síndrome Depressiva na população oncológica relativamente aos restantes pacientes seguidos na Consulta de Dor Crónica do HESE, EPE
- Determinar a prevalência de ansiedade na população estudada
- Analisar a relação entre ansiedade e etiologia da dor (caracterização sociodemográfica)
- Analisar a relação entre Síndrome Depressiva e etiologia da dor (caracterização sociodemográfica)
- Verificar a percentagem de identificação correta dos doentes com Síndrome Depressiva
- Determinar a percentagem de doentes com registo clínico de Síndrome Depressiva no processo clínico
- Verificar a percentagem de encaminhamento para apoio psicológico dos doentes com Síndrome Depressiva

- Verificar os diagnósticos de Ansiedade e/ou Síndrome Depressiva e etiologia da dor
- Verificar a relação de diagnósticos de Ansiedade e/ou Síndrome Depressiva, o registo clínico e a referenciação para consulta de psicologia.

#### **4.1.2. Questões da investigação**

As questões da investigação traçadas foram as seguintes:

- Haverá uma diferença significativa na prevalência de Síndrome Depressiva na população oncológica seguida na Consulta de Dor Crónica do HESE, EPE e na população não oncológica?
- Estará o diagnóstico de Ansiedade e Síndrome Depressiva a ser efetuado de forma adequada?
- Estará o diagnóstico de Síndrome Depressiva a ser registado de forma adequada no processo clínico?
- Os doentes com Síndrome Depressiva estarão a ter apoio psicológico?
- Existirá relação entre a conjugação dos diagnósticos de Ansiedade e/ou Síndrome Depressiva com o registo clínico de Síndrome Depressiva e o seguimento em consulta de psicologia?

#### **4.1.3. Tipo de estudo**

Este estudo é de natureza quantitativa, descritivo, observacional e transversal.

O objeto de estudo deste trabalho, Síndrome Depressiva e Dor Crónica, implica o uso de um instrumento (escala HADS) para a identificação de Depressão. Posteriormente, a consulta do Processo Clínico através do RSE, pretendeu identificar quais os doentes com SD que tinham sido diagnosticados com esta patologia. Procurámos, assim, descrever um grande número de casos, sendo a profundidade da informação preterida em função da extensão da amostra. Os estudos quantitativos estão fortemente associados aos estudos experimentais e ao teste de hipóteses (71).

Procurou-se descrever a prevalência e o diagnóstico de SD nesta população, sem ocorrer intervenção do investigador. A pesquisa foi efetuada num único período temporal.

#### **4.1.4. Amostra do estudo**

A população deste estudo foi constituída por 103 pacientes da consulta de dor crónica do Hospital do Espírito Santo de Évora-EPE (HESE, EPE). Foram somente selecionados os utentes

que frequentavam consultas subsequentes durante o período temporal de 5 meses (de junho a outubro de 2013).

#### **4.1.4.1. Critérios de inclusão e exclusão**

Como critérios de inclusão na recolha da amostra deste estudo foram considerados:

- idade superior ou igual a 18 anos
- diagnóstico de dor crónica
- frequentar a consulta de Dor do HESE, EPE
- observação em consulta subsequente

Relativamente aos critérios de exclusão da amostra foram considerados:

- indivíduos com compreensão comprometida
- analfabetismo
- recusa

De acordo com os critérios definidos foram selecionados 103 pacientes, que frequentavam a consulta de dor do HESE, EPE. Dois doentes foram excluídos do estudo por serem analfabetos.

#### **4.1.5. Instrumentos de recolha de dados**

Neste estudo foram utilizados dois instrumentos de colheita de dados: a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e a consulta do Processo Clínico Eletrónico.

##### **4.1.5.1. HADS**

A Hospital Anxiety and Depression Scale foi desenvolvida por Zigmond e Sanith, em 1983, (72) como resposta à dificuldade na avaliação de ansiedade e depressão na doença médica. Os autores explicam que a patologia emocional poderá ser o resultado do stress causado por uma doença orgânica, mas que as manifestações somáticas também poderão ser a base de um estado de ansiedade e/ou depressão (37) (72) (73). Esta escala foi traduzida e validada para a população portuguesa em 2007 por Pais-Ribeiro (73).

A importância desta escala reside no facto de terem sido excluídos os fatores que se correlacionam simultaneamente com doença física, considerando-se somente os itens que se baseiam exclusivamente nos sintomas psíquicos (37) (72), o que corresponde a uma mais-valia na população oncológica, tal como foi referido anteriormente.



A Hospital Anxiety and Depression Scale consiste numa escala de autopreenchimento referente aos acontecimentos da última semana, que demora entre 2 a 5 minutos a ser preenchida (37) (74). É constituída por duas subescalas distintas para a ansiedade e depressão (HADS-A e HADS-D), cada uma com sete questões que são avaliadas separadamente. Cada item é cotado numa escala ordinal de quatro pontos (0 - inexistente, 3 - muito grave), variando a pontuação final para cada escala entre 0 e 21 (37) (73) (74). Na versão original da escala uma pontuação entre 0 e 7 é considerada normal, entre 8 e 10 patologia (ansiedade ou depressão) leve, entre 11 e 14 moderada e entre 15 e 21 severa (73). No entanto, numa revisão de 2003, Snaith considerou que um score de 0 a 7 como normal, 8 a 10 como presença de provável patologia e entre 11 e 21 como presença de patologia do humor (74). Aquando da validação para a população portuguesa, Pais-Ribeiro considerou como ponto de corte para as duas subescalas o score de 11, isto é, uma pontuação entre 0 e 10 é considerada normal, e superior ou igual a 11 patológica (73).

#### **4.1.5.2. Registo de Saúde Eletrónico**

No Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, o processo clínico encontra-se totalmente informatizado através do sistema ALERT®. É possível aceder, a partir de qualquer terminal informático hospitalar, à sua totalidade, nomeadamente aos episódios de urgência, consulta externa, internamento ou de bloco operatório.

Assim, procedeu-se à consulta informática do registo de saúde eletrónico (RSE) de modo a identificar os utentes com diagnóstico de Síndrome Depressiva. O reconhecimento desta patologia foi efetuado através da pesquisa em texto livre deste diagnóstico nas consultas anteriores de Dor ou da referenciação para profissionais da área, no caso, psicólogos (que prestam apoio direto à Consulta de Dor do HESE, EPE). Outras formas de diagnóstico referidas na literatura (prescrição medicamentosa ou codificação) não foram consideradas.

A pertinência deste facto prende-se com a importância deste diagnóstico nesta população específica, já que SD e Dor Crónica estão diretamente relacionadas.

#### **4.1.6. Recolha e análise de dados/Metodologia**

A recolha de dados ocorreu durante um período de 5 meses (de junho a outubro de 2013) após aprovação pela comissão de Ética do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE (Anexo I). O presente estudo também teve parecer favorável da Comissão de Ética do Faculdade de Medicina de Lisboa (Anexo II). Os instrumentos utilizados foram os anteriormente referidos.

À totalidade dos indivíduos aceites para o estudo foi explicado o objetivo do estudo proposto e realçado o carácter de voluntariado, não sendo alterada a prestação de cuidados a nível da consulta de dor e salvaguardada a confidencialidade dos dados. Esta foi garantida através da codificação dos inquéritos. Após esta informação foi solicitada a autorização para a inclusão no estudo, através da assinatura do termo de consentimento livre e informado (Anexo III).

Assim, o procedimento de recolha de dados baseou-se no autopreenchimento de uma escala devidamente validada para a população portuguesa (HADS) (Anexo IV), com o objetivo de avaliar a ansiedade e a depressão nos utentes que frequentam a consulta de dor do HESE, EPE. A recolha de dados decorreu no departamento de oncologia, onde se encontra o espaço físico da Consulta de Dor.

Posteriormente foi consultado o Registo de Saúde Eletrónico (RSE) para identificar os utentes com o diagnóstico prévio de Síndrome Depressiva. Foi também registada a referenciação para a consulta de psicologia. A consulta do RSE foi efetuada nos terminais informáticos localizados no hospital, através dos registos em ALERT®.

Os dados recolhidos foram registados numa base de dados informática e processados pelo programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 17.0.

As variáveis analisadas durante este estudo foram quantitativas e qualitativas.

No caso das variáveis quantitativas foi testada a homogeneidade da amostra, através do teste de Levene, e, posteriormente, aplicado o teste T-Student, um teste não paramétrico. Como se verificou homogeneidade das amostras, não foi necessário proceder a testes de ajustamento (75).

Em relação às variáveis qualitativas, estas eram ordinais, não sendo necessário efetuar teste de homogeneidade, tendo-se aplicado testes não paramétricos, como o teste do Qui-quadrado (75). Quando se verificou associação entre duas variáveis, foi aplicada a medida de associação V de Cramer (no caso de duas variáveis qualitativas nominais) para testar a força desta associação (75).

Relativamente à análise estatística e etiologia da dor foram consideradas três entidades patológicas: lombalgia, neoplasia (doente oncológico), as restantes foram englobadas num terceiro grupo (outros).

## 4.2. Apresentação de resultados

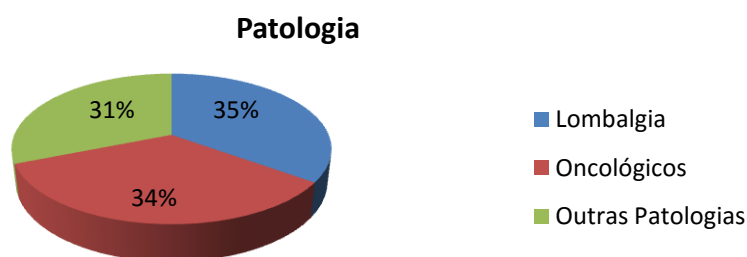
### 4.2.1. Resultados descritivos

Os seguintes dados estão dispostos de forma a concluir os objetivos de investigação que orientaram o presente estudo.

Na apresentação dos resultados é realizada a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, posteriormente é efetuada a apresentação dos resultados na análise exploratória.

### 4.2.2. Caracterização da amostra

A amostra estudada é constituída por um total de 103 indivíduos dos quais 34% têm lombalgia, 31.1% são doentes oncológicos e os restantes 35% possuem outras patologias (Figura 5).



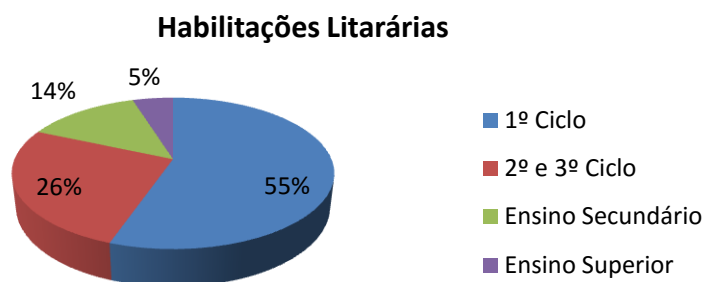
**Figura 5:** Distribuição da amostra por patologia

A idade varia entre os 36 e os 90 anos, com uma média de idades de 64.6 anos (DP 12.6), a maioria (75.7%) era do sexo feminino (Tabela 1).

**Tabela 1:** Distribuição da amostra por idade

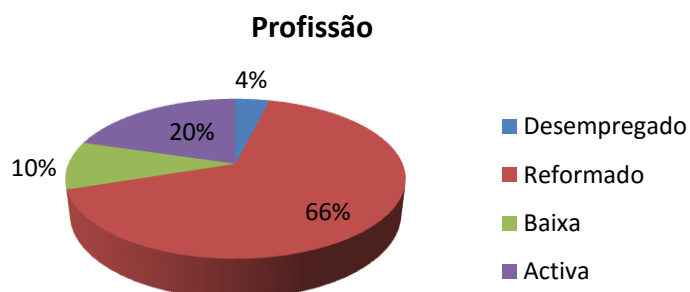
|       | Mínima | Máxima | Média | DP   | Moda     |
|-------|--------|--------|-------|------|----------|
| Idade | 36     | 90     | 64.6  | 12.6 | Feminino |

Relativamente às habilitações literárias a maior parte (55.3%) havia frequentado o 1º ciclo do Ensino Básico, 26.2% o 2º e 3º ciclos do Ensino Básico, 13.6% o Ensino Secundário e somente 4.9% o Ensino Superior (Figura 6).



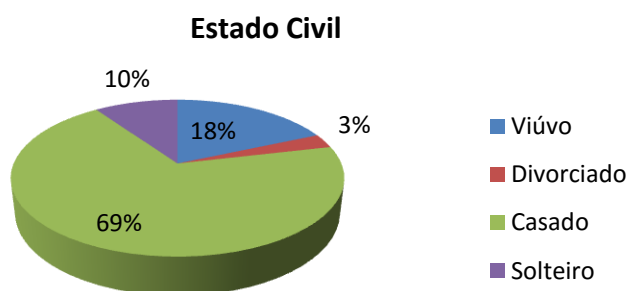
**Figura 6:** Distribuição da amostra por habilitações literárias

No que diz respeito à profissão 66% são reformados, 20.4% ainda estão no ativo, 9.7% de baixa médica e 3.9% desempregados (Figura 7).



**Figura 7:** Distribuição da amostra por profissão

Quanto ao estado civil, 68.9% são casados, 18.4% viúvos, 9.7% solteiros e 2.9% divorciados (Figura 8).



**Figura 8:** Distribuição da amostra por Estado Civil

No que diz respeito ao diagnóstico de Síndrome Depressiva e seu registo no processo clínico verifica-se que este foi efetuado em 44.7% dos pacientes (Anexo V, Tabela 1). No entanto, se considerarmos o seguimento em consulta de psicologia, constata-se que somente uma minoria (21.4%) tem apoio psicológico (Anexo V, Tabela 2).

Por último, relativamente à proveniência dos doentes, a maioria (31.1%) foi referenciada pelo médico de Medicina Geral e Familiar, 15.5% da ortopedia, 12.6% da oncologia e 9.7% de outras Consultas de Dor. Em menor número são os doentes provenientes da Cirurgia Geral e Reumatologia (6.8%), Medicina Interna (4.9%), Neurologia (2.9%), Psicologia, Neurocirurgia e Dermatologia (1.9%) e pela Nefrologia, Oftalmologia, Pneumologia e Ginecologia (1%) (Tabela 2).

**Tabela 2:** Distribuição dos doentes por proveniência

| Proveniência              | Frequência | Percentagem |
|---------------------------|------------|-------------|
| Medicina Geral e Familiar | 32         | 31.1        |
| Ortopedia                 | 16         | 15.5        |
| Oncologia                 | 13         | 12.6        |
| Consulta Dor              | 10         | 9.7         |
| Reumatologia              | 7          | 6.8         |
| Medicina Interna          | 5          | 4.9         |
| Neurologia                | 3          | 2.9         |
| Psicologia                | 2          | 1.9         |
| Neurocirurgia             | 2          | 1.9         |
| Dermatologia              | 2          | 1.9         |
| Nefrologia                | 1          | 1           |
| Oftalmologia              | 1          | 1           |
| Pneumologia               | 1          | 1           |
| Ginecologia               | 1          | 1           |

Em relação à etiologia da dor foram considerados três entidades patológicas: lombalgia, doentes oncológicos e outros (restante patologia). Aplicando o teste de homogeneidade de amostras verificou-se que a amostra era homogénea. (Anexo V, Tabela 3)

Procedeu-se, então, à análise da amostra relativamente a ansiedade e Síndrome Depressiva quanto à etiologia da dor. Verificou-se não haver diferença significativa nos scores de ansiedade e SD considerando os três grupos etiológicos de dor (lombalgia, oncológico, outros) (Anexo V, Tabela 4).

#### **4.2.3. Ansiedade e etiologia da dor**

Após a aplicação do instrumento HADS-A verificou-se que 43.7% (N=45) dos doentes que frequentam a consulta sofrem de ansiedade, tal como demonstrado na tabela 5, anexo V.

Considerando os doentes com diagnóstico de ansiedade verifica-se que a média de idade é de 61.98 anos, com um desvio padrão (DP) de 12. Os doentes sem este diagnóstico apresentam uma média de idade de 66.66, com um desvio padrão (DP) de 12.643 (Anexo V, tabela 6). Após a aplicação do teste de Levene verificou-se a homogeneidade da amostra, o uso do teste paramétrico T-Student não revelou diferença significativa na amostra (Anexo V, tabela 7).

Relativamente ao género, a maioria (86.7%) era do sexo feminino (Anexo V, tabela 8). A análise estatística revelou que ansiedade e género são dependentes, existindo associação entre as duas variáveis ( $p=0.23$ ) (Anexo V, tabela 9). O teste utilizado demonstrou uma associação moderada entre ambas ( $V$  de Cramer 0.225) (Anexo V, tabela 10).

No que diz respeito às habilitações literárias, 57.8% dos doentes frequentaram o primeiro ciclo do ensino básico, sendo uma minoria a que possuía frequência do ensino superior (2.2%) (Anexo V, tabela 11). Após a aplicação dos testes não se verificou relação entre as variáveis (Anexo V, tabela 12).

Quanto à profissão, a maioria dos reformados (64.7%) não apresentava ansiedade. No entanto, no grupo dos doentes com baixa, o valor de doentes ansiosos era bastante elevado (70%), tal como se observa na tabela 13, anexo V. Apesar disso, não se verificou relação estatística entre estas duas variáveis (Anexo V, tabela 14).

Por último, em relação ao estado civil dos doentes, a totalidade dos divorciados e a maioria dos viúvos (52.6%) apresentavam ansiedade (Anexo V, tabela 15), no entanto as variáveis são independentes (Anexo V, tabela 16).

#### **4.2.4. Síndrome depressiva e etiologia da dor**

A pesquisa de Síndrome Depressiva também foi alvo de estudo através da aplicação do instrumento HADS-D. Verificou-se que a incidência desta patologia na amostra era de 44.7% ( $N=46$ ) (anexo V, Tabela 17).

A média de idades dos doentes com SD é de 63.22 anos, com um DP de 11.992 (Anexo V, tabela 18). O teste de Levene demonstrou estarmos perante uma amostra homogénea, mas a aplicação do teste T-student, não comprovou a existência de diferença significativa estatística entre as variáveis (Anexo V, tabela 19).

No que diz respeito ao género, a maioria dos doentes não apresenta SD (52.6% do sexo feminino e 64% do sexo masculino). Considerando universo dos doentes com SD, verificámos que a grande maioria (80.4%) é do sexo feminino. (Anexo V, Tabela 20), a análise estatística revelou que as amostras são independentes (Anexo V, Tabela 21).

Relativamente às habilitações literárias verificou-se que a maior incidência de Síndrome Depressiva se encontrava naqueles com frequência do 1º ciclo do ensino básico (49.1%) e o ensino secundário (50%) (Anexo V, Tabela 22). A análise estatística não revelou diferenças estatísticas entre as amostras (Anexo V, Tabela 23).

Quanto à profissão, a maioria dos que apresentavam SD eram desempregados (50%) ou estavam de baixa (70%) (Anexo V, Tabela 24). Após análise estatística, as amostras revelaram-se independentes (Anexo V, Tabela 25).

Por último, considerando o estado civil, verificou-se que era entre os divorciados que se verificava a maior incidência de SD (66.7%) (Anexo V, Tabela 26), no entanto, as amostras revelaram-se independentes após análise estatística (Anexo V, Tabela 27).

#### **4.2.5. Resultados de diagnóstico de Ansiedade e Síndrome Depressiva e Registos Clínicos**

Após aplicação do instrumento HADS foi consultado o processo clínico (registo clínico eletrónico) para verificar se os pacientes com ansiedade e/ou SD tinham sido devidamente detetados.

No que diz respeito ao diagnóstico de SD (referência em texto livre de depressão nas consultas anteriores) pelo profissional de saúde foi possível verificar que à maioria (62.2%) dos doentes com diagnóstico de ansiedade, após aplicação do HADS-A, tinha-lhes sido identificado SD. Aqueles que não apresentavam ansiedade não tinham diagnóstico escrito de SD (69.0%) (Anexo V, Tabela 28). A análise estatística revelou que as duas variáveis eram dependentes, logo que existia relação entre a presença de ansiedade e o diagnóstico de SD no processo clínico (Anexo V, Tabela 29), relação essa que era moderada (Anexo V, Tabela 30).

Após efetuar a análise de dados referentes à relação do diagnóstico de SD pelo HADS-D e o seu registo no processo clínico, verificou-se que aqueles com SD correspondiam a uma pequena maioria dos que tinham sido diagnosticados no processo clínico (54.3%) (Anexo V, Tabela 31). A análise estatística revelou que as duas amostras eram independentes (Anexo V, Tabela 32).

Considerando a referenciação para psicólogo demonstrou-se que a maioria (68.2%) dos doentes com ansiedade foram referenciados para este profissional (Anexo V, Tabela 33), sendo as duas variáveis dependentes (Anexo V, Tabela 34), com uma associação fraca a moderada entre ambas (Anexo V, Tabela 35).

Após aplicação do instrumento HADS-D foi possível averiguar que a maioria (63.6%) dos doentes com SD eram acompanhados pelo psicólogo, e uma grande parte dos que não tinham SD não tinham sido referenciados para apoio psicológico (60.5%), isto apesar de 39.5% dos doentes sem SD também frequentarem a consulta de psicologia (Anexo V, Tabela 36). A análise estatística

demonstrou que as variáveis eram dependentes (Anexo V, Tabela 37), havendo uma associação moderada entre diagnóstico de SD e referência para o psicólogo (Anexo V, Tabela 38).

#### **4.2.6. Conjugação dos diagnósticos ansiedade e/ou Síndrome Depressiva e etiologia da dor**

A maioria (42.7%) dos utentes da Consulta de Dor do HESE, EPE não apresentava nem ansiedade nem SD (sAsD), no entanto, a 31.1% foi-lhes diagnosticada ansiedade e SD (cAcD) e os que apresentavam SD (sAcD) ou ansiedade (cAsD) isoladamente correspondiam a frequências semelhantes (Anexo V, Tabela 39).

Analisando a variável idade, verificou-se que a média de idades era menor no grupo que apresentava ansiedade e SD (61.91 anos), a média de idades mais elevada registava-se no grupo que não apresentava nenhuma destas patologias (66.8 anos) (Anexo V, Tabela 40). A amostra revelou-se homogénea (Anexo V, Tabela 41) mas sem diferença significativa entre os grupos (Anexo V, Tabela 42)

Quanto à variável género, verifica-se que a maioria dos pacientes do sexo masculino não tem ansiedade nem SD (13.6%). Relativamente ao sexo feminino, verifica-se uma maior equidade entre doentes com ansiedade e SD (27.2%) e aqueles sem ansiedade ou SD (29.1%) (Anexo V, Tabela 43). A análise estatística demonstrou serem amostras independentes (Anexo V, tabela 44).

Considerando as habilitações literárias, a maioria dos utentes com diagnóstico de ansiedade e SD haviam frequentado o 1º ciclo do ensino básico (19.4%). Relativamente ao grupo com frequência do ensino superior, a maioria não apresentava nem ansiedade nem SD (80% dentro deste grupo). (Anexo V, Tabela 45). As amostras são independentes (Anexo V, Tabela 46).

Relativamente à profissão, dos 42.7% que não apresentavam nem ansiedade nem SD, a grande maioria (33%) eram reformados; foi também este grupo que apresentou maior incidência de ansiedade e SD (17.5%) (Anexo V, Tabela 47). As amostras são independentes (Anexo V, Tabela 48).

No que diz respeito ao estado civil, a maioria dos que não têm SD nem ansiedade são casados (28.1%). Os divorciados apresentam ansiedade associada ou não a SD (Anexo V, Tabela 49). As amostras são independentes entre si (Anexo V, Tabela 50).



#### **4.2.7. Resultados de análise da conjugação dos diagnósticos ansiedade e/ou Síndrome Depressiva e Registos clínicos**

Tal como referido anteriormente, consideraram-se duas situações distintas para o reconhecimento de Síndrome Depressiva, o registo pelo médico no processo clínico e a referência para o Psicólogo. O diagnóstico desta Síndrome Depressiva foi obtido através da aplicação do teste HADS-D, enquanto a ansiedade foi diagnosticada através da aplicação do teste HADS-A.

Relativamente ao diagnóstico e registo no RSE verificou-se que a maioria (52.6%) dos que não apresentavam ansiedade nem SD (sAsD) não tinham sido diagnosticados com SD, apesar disso 30.4% dos doentes deste grupo tinham sido diagnosticados como deprimidos.

Considerando os que apresentavam ansiedade e SD (cAcD) 45.7% foi identificado como tendo SD, no entanto, neste mesmo grupo, ainda houve uma importante quantidade de doentes que não foi registado como tendo SD no processo clínico SD (19.3%) (Anexo V, Tabela 51).

A análise estatística demonstrou estarmos perante duas variáveis dependentes, pelo que existe uma associação entre o registo clínico de Síndrome Depressiva no processo e a conjugação de diagnósticos testada (Anexo V, Tabela 52). Essa relação revelou-se moderada após a aplicação da medida de associação V de Cramer (Anexo V, Tabela 53).

Um outro aspeto estudado foi a relação estatística entre a conjugação de diagnósticos ansiedade e/ou Síndrome Depressiva e o seguimento em Psicologia.

Ao grupo sem ansiedade nem Síndrome Depressiva (sAsD) 38.2% não haviam sido referenciados ao psicólogo, curiosamente o maior número de doentes seguidos em psicologia (47.9%) pertencia a este grupo. Contrariamente ao esperado, no grupo com ansiedade e SD (cAcD), verificou-se que a maioria destes doentes (32.7%) não era seguida pelo psicólogo, enquanto uma menor percentagem (29.2%) o fazia (Anexo V, Tabela 54).

A análise estatística efetuada demonstrou serem variáveis dependentes (Anexo V, Tabela 55), existindo uma associação moderada entre as variáveis estudadas (Anexo V, Tabela 56).

#### **4.3. Discussão dos resultados**

A dor constitui uma experiência desagradável que envolve várias componentes, não só em termos nociceptivos, mas também em termos cognitivos e emocionais. É neste contexto que surge o conceito de Dor Total na tentativa de melhor compreender este fenómeno complexo e subjetivo.

Devido à componente emocional associada à dor, não é possível dissociar esta patologia das alterações emocionais que podem ser a causa, a consequência ou existir concomitantemente. Assim, ansiedade, depressão e dor crónica são três entidades que devem ser analisadas em conjunto, pelo que a sua abordagem terapêutica deverá ser multimodal e efetuada por uma equipa multidisciplinar. É a importância desta premissa, bem como a consciencialização dos profissionais de saúde para este facto, que constitui a base deste trabalho.

De realçar as particularidades inerentes à população oncológica que, no decorrer da sua doença, se vai deparar frequentemente com Dor Crónica, diretamente relacionada com ansiedade e/ou Síndrome Depressiva.

O conhecimento atual sobre a epidemiologia de DC, Síndrome Depressiva e ansiedade tem sido revista e sumariada numa variedade de estudos científicos (13) (16) (21) (23) (32) (33) (40), no entanto, continuam a haver várias lacunas na integração destes três conceitos, existindo somente um estudo em Portugal que aborda estas três entidades (44). Apesar do reconhecimento da ligação entre estas entidades patológicas, a maioria da investigação científica tem incidido de forma individual, sem correlação entre elas. Os estudos no âmbito de Consulta/Unidade de Dor são escassos.

Outro fator importante diz respeito à sensibilização dos profissionais de saúde para o diagnóstico de SD, nomeadamente em relação com DC. Não menos importante é o seu registo no processo clínico (55) (66). A maioria dos estudos existentes neste campo é relativa aos cuidados de saúde primários (64) (65) existindo pouca referência ao universo de consulta de Dor.

A certeza da relação entre Dor Crónica e Síndrome Depressiva, bem como a perceção do seu subdiagnóstico, levou à realização deste trabalho que teve como objetivos a caracterização da prevalência de SD na população que frequenta a consulta de Dor do Hospital do Espírito Santo – Évora, EPE, bem como a identificação do real diagnóstico e registo pelos profissionais de saúde. Assim, pretendeu-se despertar a atenção para estes dois factos, sensibilizando os profissionais de saúde para esta importante problemática.

Relativamente à amostra obtida verificou-se a sua homogeneidade relativamente aos diversos diagnósticos etiológicos de dor (lombalgia, dor oncológica e outros), pelo que não se efetuou a análise discriminada por etiologia.

Quanto à incidência de ansiedade, os valores encontrados estão dentro dos referidos na literatura tal como referido por Roy-Birne (38). Tal como se verificou no nosso estudo, em que se observou uma associação moderada entre ansiedade e género feminino, também Costa,

Terracciano & McCrae (2001) (76) demonstram esta associação, o mesmo se encontra num estudo português em Cuidados de Saúde Primários (77). Relativamente à análise das restantes variáveis demográficas, no que concerne à ansiedade não se verificou relação estatisticamente significativa. Há poucos estudos relativamente a estas duas entidades, já que a maioria diz respeito a ansiedade em situações particulares (gravidez, neoplasia da mama).

Considerando o diagnóstico de Síndrome Depressiva, na nossa amostra verificou-se uma prevalência superior à descrita na literatura (32) (40). Apesar de não se verificar relação estatisticamente significativa entre SD e as restantes variáveis sociodemográficas (possivelmente pela reduzida dimensão da amostra) há vários estudos que demonstram a importância desta relação.

Relativamente a outra questão do estudo, estará o diagnóstico de ansiedade e Síndrome Depressiva a ser efetuado de forma adequada, foi possível verificar que a maioria dos doentes com diagnóstico de ansiedade após aplicação do teste HADS-A tinha diagnóstico de Síndrome Depressiva no processo clínico. A análise estatística revelou existir uma força de associação moderada entre estas duas entidades. Assim, é de alertar para a possibilidade de ansiedade estar a ser identificada como Síndrome Depressiva pelos profissionais de saúde, sendo importante a sua diferenciação. No entanto, devido à maior facilidade de reconhecimento de SD quando este se encontra associado a outra patologia mental (65) (66), é de ponderar a existência de ansiedade e SD no mesmo doente.

No que diz respeito ao registo adequado do diagnóstico de SD no processo clínico, verificou-se que este estava registado em 44.7% dos casos seguidos em consulta de dor, a mesma percentagem de doentes com SD após aplicação do teste HADS-D. No entanto, cruzando estes dois dados, e considerando somente os doentes com SD (diagnóstico após aplicação do HADS-D), verificou-se que somente 54.3% tinham este registo no processo clínico, uma percentagem inferior à dos doentes com ansiedade e registo de SD no processo clínico. A omissão deste registo em 45.7% dos doentes pode dever-se quer à não identificação de SD quer à subvalorização do mesmo e, consequentemente, não registo no processo clínico. Mais uma vez, é de salientar que esta entidade patológica se encontra subdiagnosticada na população, o que poderá ser secundário a fatores do paciente ou dos profissionais de saúde. O doente poderá ocultar/negar a sua patologia, e os profissionais de saúde podem não estar sensibilizados para esta problemática ou estarem pressionados pela falta de tempo disponível em cada consulta (64) (65). Um outro fator relevante é o de 36.8% dos doentes com registo clínico de SD não apresentarem esta patologia após aplicação do teste HADS-D, o que pode ser justificado pela presença de outra patologia mental. Tal pode

também ser o responsável por haver, relativamente ao registo clínico de SD, uma maior percentagem de doentes com ansiedade do que com SD (65) (66).

Em contexto de Dor Crónica, os doentes com diagnóstico de SD devem ser acompanhados por um profissional da área, nomeadamente um psicólogo. De facto, a maioria dos doentes com SD (63.8%) encontrava-se devidamente orientada em consulta de psicologia, e a maioria dos que não apresentavam SD não eram seguidos pelo psicólogo. Estas duas variáveis, dependentes entre si, apresentam uma força de associação moderada. Tal como referido em estudos anteriores (65) (66) (69) a referência para profissionais da área mental, nomeadamente psicólogos, constitui um dos elementos utilizados para o reconhecimento de Síndrome Depressiva. Na análise efetuada este critério revelou maior sensibilidade no diagnóstico de SD do que o registo no processo clínico. Esta relação ainda não foi alvo de estudos.

Muitas vezes a patologia psicológica encontra-se presente simultaneamente no mesmo paciente. Considerando as duas entidades, ansiedade e Síndrome Depressiva, a maioria apresentava alguma patologia do foro mental, sendo que 31.1% dos utentes conjugavam as duas patologias estudadas. Apesar de a Dor Crónica ter uma grande componente emocional, 42.7% dos utentes não apresentavam as patologias pesquisadas.

Analisando a conjugação de patologia psiquiátrica com o registo em processo clínico de Síndrome Depressiva, verificou-se haver associação moderada entre estas duas variáveis, que são dependentes entre si. A associação de patologias do foro psiquiátrico é fator preditivo para um reconhecimento facilitado de Síndrome Depressiva (65) (66). Efetivamente, 65.6% dos doentes com ansiedade e Síndrome Depressiva tinham registo clínico desta patologia, o que corresponde a que 34.4% destes doentes não têm registo desta patologia. Considerando o grupo que somente tem Síndrome Depressiva, a grande maioria (71.4%) não tinha registo no processo clínico de SD. No que diz respeito à ausência de ansiedade e de Síndrome Depressiva, a maioria (68.2%) não tinha registo clínico de Síndrome Depressiva. Assim, é de salientar que o verificado nos estudos se observou nesta amostra, isto é, a presença de Ansiedade e Síndrome Depressiva simultaneamente no mesmo doente, levou a uma maior percentagem de registo de SD, sendo de realçar que os doentes que somente apresentam SD apresentam uma baixa incidência de registo clínico de SD (28.6%). Este é um caso da vantagem de aplicação de escalas de avaliação por rotina.

Tal como já referido, os doentes seguidos em consulta de Dor Crónica têm frequentemente associados ansiedade e/ou Síndrome Depressiva decorrente do seu estado patológico crónico (11) (45). A referência para consulta de psicologia é um dos fatores a ter em consideração nestes doentes. Analisando a conjugação destas duas entidades (combinação dos diagnósticos ansiedade e Síndrome Depressiva e referência para consulta de psicologia), verificou-se existir uma

associação moderada entre estas variáveis dependentes. Após a análise da associação destas variáveis verificou-se uma inversão dos resultados face ao esperado. A maioria (52.3%) dos indivíduos sem ansiedade nem Síndrome Depressiva (sAsD) é seguida em consulta de psicologia, verificando-se a não frequência da consulta de psicologia da maioria (56.3%) dos que apresentam ansiedade e Síndrome Depressiva (cAcD). Estes resultados obtidos não se encontram dentro do esperado, sugerindo um estudo posterior.

#### **4.4. Conclusões**

A dor, como fenómeno subjetivo que é, é de difícil avaliação. A sua relação com estados de ansiedade e Síndrome Depressiva encontra-se bem documentada. É desta associação, e com o intuito de estabelecer o estado da arte relativamente a esta associação, que surge o presente estudo.

As principais limitações deste estudo são o facto de a pesquisa dos dados ter sido efetuada num único espaço temporal (sem seguimento da evolução da doença) e de somente ter sido feito o levantamento do diagnóstico de Síndrome Depressiva, não considerando outras patologias do foro mental. Para além disso, o motivo do seguimento em consulta de psicologia não foi discriminado.

Após a análise dos dados recolhidos neste estudo, verificamos varias relações estatisticamente significativas nas variáveis estudadas, tais como: ansiedade e género; presença de ansiedade após aplicação da escala HADS-A e diagnóstico de Síndrome Depressiva no processo clínico; presença de Síndrome Depressiva após teste HADS-D e seguimento em consulta de psicologia. Ao analisarmos a ansiedade e/ou Síndrome Depressiva aferimos que existe uma associação moderada com o diagnóstico clínico de SD e com a referenciação para consulta de psicologia. As referidas associações encontram-se descritas na literatura, à exceção da ansiedade e/ou Síndrome Depressiva e o seguimento em consulta de psicologia, porque a maioria dos doentes não apresentavam patologia psicológica. Este facto poderá ser explicado pela evolução natural da doença e, no momento do estudo, a doença mental já não se encontrar presente, ou por a referenciação para o psicólogo ter tido um motivo diferente de ansiedade ou Síndrome Depressiva.

Dos presentes dados surgem sugestões para investigações futuras, nomeadamente a relação entre o seguimento em consulta de psicologia e o motivo de referenciação para a mesma. Seria interessante estudar relação entre a evolução da doença de base e Dor Crónica com a patologia psiquiátrica. Sugere-se também, o estudo da importância da aplicação de escalas diagnósticas por rotina, nomeadamente a importância da utilização da escala HADS no diagnóstico de ansiedade e Síndrome Depressiva.

Este estudo veio reforçar a importância da relação entre Dor Crónica e Síndrome Depressiva, alertando para a importância de diagnóstico atempado destas entidades. Para tal, é de salientar a utilização sistematizada de escalas de rastreio e a sensibilização dos profissionais de saúde para este facto e para o registo adequado e perceptível no processo clínico, já que é a base de um seguimento adequado e eficaz dos doentes.

## Bibliografia

1. **Direcção Geral de Saúde.** *Circular Normativa Nº9/DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor.* Lisboa : s.n., 2003.
2. **Direcção Geral de Saúde.** *Programa Nacional de Controlo da Dor.* Lisboa : s.n., 2008.
3. **Direcção Geral de Saúde.** *Circular Informativa Nº9/DSCS/DPCD7DSQC de 24/03/2008. Utilização de Medicamentos Opióides Fortes na Dor Crónica não Oncológica.* Lisboa : s.n., 2008.
4. **Direcção Geral de Saúde.** *Circular Nº05/2010. Orientações técnicas sobre o controlo da dor na pessoa idosa.* Lisboa : s.n., 2010.
5. **Direcção Geral de Saúde.** *Circular normativa, nº11/DSCS/DPCD de 18 de Junho de 2008.* Lisboa : s.n., 2008.
6. **Saunders, C M e Baines, M.** *Living with Dying. The management of the terminal disease.* Oxford University Press. 1983, pp. 12-13.
7. **Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.** *Parecer Nº 60 de Setembro de 2011 - Parecer sobre Informação da Saúde e Registos Informáticos de Saúde.* 2011.
8. **Nov, O e Schecter, W.** Dispositional resistance to change and hospital physicians' use of electronic medical records: a multidimensional perspective. *Journal of the American Society for Information Science and Technology.* 63(4), 2012, pp. 648-656.
9. **International Association for the Study of Pain.** 1979.
10. **Merskey, H e Bogduk, N.** *Classification of Chronic Pain.* 2nd Edition. Seattle : IASP Press, 1994.
11. **Turk, Dennis C e Gatchel, J Robert.** *Psychological approaches to Pain Management.* New York : The Guilford Press, 2002. pp. 501-514.
12. **Hanks, G, et al.** *Oxford textbook of palliative medicine.* 4º Edição. Oxford : Oxford University Press, 2009.
13. **Loeser, John D, et al.** *Bonica's Management of Pain.* 2nd Edition. s.l. : Lippincott William & Wilkins Publishers, 1990.
14. **Warfield, Carol A e Bajwa, Zahid H.** *Principles and Practice of Pain Medicine.* 2nd Edition. s.l. : McGrawHill, 2004. pp. 456-464.
15. **Ritto, Cristina, et al.** *Manual de Dor Crónica.* s.l. : Fundação Grunenthal.

16. **Cardoso, A.** *Manual de tratamento da dor*. Lisboa : LIDEL, 2013.
17. **Melzack, Ronald e Katz, Joel.** Pain. *Cognitive Science*. 4, 2013, pp. 1-15.
18. **Melzack, Ronald.** From the Gate to the Neuromatrix. [ed.] International Association for the Study of Pain. *Pain*. 6, 1999, pp. 121-126.
19. **Melzack, Ronald e Wall, Patrick D.** Pain Mechanisms: A New Theory. *Science*. 150, 1965, pp. 971-979.
20. **Turk, Dennis C.** Assess de pain, not only the pain. *Pain, Clinical Updates*. 1(3), 1993, pp. 1-8.
21. **Flor, Herta Birmauer e Turk, Dennis C.** The psychobiology of chronic pain. *Adv Behavioral Res Ther*. 12, 1990, pp. 47-84.
22. **Dworkin, H Robert e Breitbart, William S.** *Psychosocial aspects of pain: a handbook for health care providers*. Seattle : International Association for the Study of Pain, 2004.
23. **Brandão, J.** Dor nos cuidados de saúde primários. *Dor*. 18, 2010, Vol. 2, pp. 4-10.
24. **Brennan, F e Cousins, M F.** Pain relief as a human right. *Pain: Clinical updates*. 12(5), 2004, pp. 1-4.
25. **Barbosa, A e Neto, I.** *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa : Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010.
26. **Pargenon, K L e Haley, B J.** Barriers to effective cancer pain management: a review of the literature. *Journal of Pain & Symptom Management*. 18(5) de 1999, pp. 358-68.
27. **Weissman, D E, Joranson, D E e Hopwood, M B.** Wisconsin's physicians knowledge and attitudes about opioid analgesic regulations. *Wisconsin's Medical Journal*. 90, 1990, pp. 671-5.
28. **Diário da República.** Despacho nº 10324/99 de 26 de Maio. Dia Nacional de Luta contra a Dor. Publicado no Diário da República de 30 de Abril de 1999 - 2ª Série.
29. **Direcção Geral de Saúde.** Circular Normativa Nº 043/2011 de 23/11/2012, actualizada a 28/10/2014. Tratamento farmacológico da dor neuropática no adulto e no idoso.
30. **Goldberg.** Pain as a Global Public Health Priority. *BMC Public Health*. 770(11), 2011.
31. **Associação Portuguesa para o Estudo da Dor.** Estatutos.
32. **Castro Lopes, José Manuel, et al.** *Avaliação do Impacto Funcional, Psicológico, Social e Económico da Dor Crónica em Portugal-Estudo prospectivo de base populacional de doentes com Dor Crónica*. Porto : Faculdade de Medicina do Porto, 2009.



33. **Rabiais, Sara, Nogueira, Paulo Jorge e Falcão, José Marinho.** A dor na população portuguesa. Alguns aspectos epidemiológicos. *Observatório Nacional de Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.* 2003.
34. **The Pain Porposal Steering Commitee.** *Pain Porposal: improving the current and the future management of chronic pain. A European concensous report.* 2010.
35. **World Health Organization.** *Cancer Pain relief.* Geneva : World Health Organization, 1986.
36. **Vargas-Schaffer, Grisell.** Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. *Canadian Family Physician.* 56, 2010, pp. 514-517.
37. **Telles-Correia, D e António, B.** Ansiedade e Depressão em Medicina: Modelos Teóricos de Avaliação. *Acta Médica Portuguesa.* 22, 2009, pp. 89-98.
38. **Roy-Birne, P, Davidson, K e Kessler, R.** Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General HOspital Psychiatry.* 30, 2008, pp. 208-225.
39. **Clark, M e Treisman, G.** *Pain and Depression. An interdisciplinary Patient-Centered Approach.* s.l. : Karger, 2004. pp. 1-27. Vol. 25.
40. **Depressão. Portal da Saúde.** 2006.  
[http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/saude+mental/depressao.htm?wbc\\_purpose=basic&WBCMODE](http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/saude+mental/depressao.htm?wbc_purpose=basic&WBCMODE).
41. **Hulbert-Williams, N, et al.** Anxiety, depression and quality of life after cancer diagnosis: what psychossocial variables best predict how patients ajust? *Psycho-Oncology.* 21, 2012, pp. 857-867.
42. **Artherholt, S e Fann, J.** Psychosocial Care in Cancer. *Current Psychiatry Reports.* 14, 2012, pp. 23-39.
43. **Asmundson, G, Combez, J e Crombez, G.** *Understanding and treating fear of pain.* Oxford : Oxford University Press, 2004. pp. 189-211.
44. **Ferreira, B, Sennfelt, D e Luis, A.** Prevalência de Ansiedade e Depressão nos doentes seguidos na Unidade Terapêutica de Dor do Hospital Fernando Fonseca. *Psilogos.* 1 (2), 2005, pp. 95-101.
45. **Campbell, Lisa C, Clauw, Daniel J e Keefe, Francis J.** Persistent Pain and Depression: A Biopsychosocial Perspective. *Society of Biological Psychiatry.* 54, 2003, pp. 399-409.
46. **Holland, Jimmie C, Breitbart, William S e Jacobsen, Paul B.** *Psycho-oncology.* Oxford : Oxford University Press, 1998.

47. **Csernansky, J G e Sheline, Y I.** Abnormalities of serotonin metabolism and nonpsychotic disorders. *Ann Clin Psychiatry*. 5, 1993, pp. 275-281.
48. **Deponti, F e Tnini, M.** Irritable bowel syndrome: New agents targeting serotonin receptor subtypes. *Drugs*. 61, 2001, pp. 317-332.
49. **Delgado, P L.** Depression: The case for a monoamine deficiency. *J Clin Psychiatry*. 61, 2000, pp. 7-11.
50. **Dougherty, P M e Willis, W D.** Enhanced responses of spinothalamic tract neurons to excitatory amino acids accompany capsaicin-induced sensitization in the monkey. *J Neuroscience*. 12, 1992, pp. 883-894.
51. **Keefe, F J, et al.** Coping with rheumatoid arthritis pain: Catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain*. 37, 1989, pp. 52-56.
52. **Kessler, R, et al.** The Epidemiology of Major depressive Disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA*. 2003, Vol. 289 (23), pp. 3095-3105.
53. **Brekke, M, et al.** Disease activity and severity in patients with rheumatoid arthritis: Relations to socioeconomic inequality. *Society of Scientific Medicine*. 48, 1999, pp. 1743-1750.
54. **Ebert, M e Kerns, R.** *Behavioral and Psychopharmacologic Pain Management*. Cambridge : Cambridge University Press, 2011. pp. 94-186.
55. **Alves, S.** Registos clínicos e os profissionais de saúde - ameaças e oportunidades. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*. 2012, Vol. 4.
56. **Davenport, T e Prusak, L.** *Information Ecology: Mastering the Information & knowledge environment*. Oxford : Oxford University Press, 1998.
57. **Van Bommel, J H e Musen, A M.** *Handbook of medical informatics*. s.l. : Bion Sthaflew Van Loghun, 1997.
58. **Institute of Medicine:** *The Computer-Based Patient Record*. National Academy Press. 1991.
59. **Parente, F, Silva, N e Dias, P.** Processo clínico informatizado: uma opinião. *Medicina Interna*. 10 (4), 2003, pp. 227-230.
60. **European Commission.** Benchmarking ICT use among General Practitioners in Europe - Final Report. Bonn : Information Society and Media Directorate, 2008.
61. **Ministério da Saúde - Administração Central do Sistema de Saúde.** Registos de Saúde Electrónicos. R1: Documento de estudo do estado da arte. 2009.

- 62. Ministério da Saúde - Administração Central do Sistema de Saúde.** RSE Roadmap. 2009.
- 63. Lommis, G, et al.** *If electronic medical records are so great why aren't family physicians using them? The Journal of Family Practice.* 51(7), 2002, pp. 636-641.
- 64. Wittchen, H U, Hofler, M e Meister, W.** *Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated? International Clinical Psychopharmacology.* 2011, Vol. 16, pp. 123-135.
- 65. Piek, E, et al.** *Determinants of (non)-recognition of depression by general practitioners: Results of the Netherlands study of depression and anxiety. Journal of Affective Disorders.* 138, 2012, pp. 397-404.
- 66. Smoldres, M, et al.** *Adherence to evidence-based guidelines for depression and anxiety disorders is associated with recording of the diagnosis. General Hospital Psychiatry.* 31, 2009, pp. 460-469.
- 67. Verhaak, P, et al.** *Patients with a psychiatric disorder in general practice: determinants of general practitioners psychological diagnosis. General Hospital psychiatry.* 28, 2006, pp. 125-132.
- 68. Menchetti, M, et al.** *Recognition and treatment of depression in primary care: Effect of patients' presentation and frequency of consultation. Journal of Psychosomatic Research.* 66, 2009, pp. 335-341.
- 69. Joling, K, et al.** *Do GPs' medical records demonstrate a good recognition of depression? A new perspective on case extraction. Journal of Affective Disorders.* 133(3), 2011, pp. 522-527.
- 70. Fortin, Marie-Fabienne.** O processo de investigação: da concepção à realização. s.l. : Lusociência, 2000.
- 71. D'Oliveira, T. Teses e dissertações.** Recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos. 2ª Edição. s.l. : RH, 2007.
- 72. Zigmond, A S e Sanith, R P.** *The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica.* 67, 1983, pp. 361-370.
- 73. Pais-Ribeiro, J, et al.** *Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. Psychology, Health & Medicine.* 12(2), 2007, pp. 225-237.
- 74. Sanith, R. The Hospital Anxiety and Depression Scale.** Health and Quality of Life Outcomes. 1(29), 2003.
- 75. Laureano, M e Botelho, M.** SPSS - O meu manual de consulta rápida. 2ª edição. s.l. : Edições Sílabo, 2012. ISBN: 978-972-618-702-8.

- 76. Costa, P, Terracciano, A e McCrae, R.** *Gender Differences in Personality Traits Across Cultures: Robust and Surprising Findings. Journal of Personality and Social Psychology.* 81 (2), 2001, pp. 322-331.
- 77. Apóstolo, J, et al.** *Depressão, ansiedade e stresse em utentes de cuidados de saúde primários.* 2008, Vol. 2 (8), pp. 45-49.

## **Anexos**

---

## **Anexo I**

---

Parecer da comissão de ética do Hospital do Espírito Santo, Évora – EPE

*Dr. Isabel Pires  
Jana Angélica*  
**Manuel Carvalho**  
Diretor Clínico

*Nade a vir.*  
**SERVICO DE ANESTESIOLOGIA**  
Directora  
*Anest.*  
**Dr.ª Isabel M.B.S. Pires S. Silva**

Exma Sra. Presidente do Conselho de Administração

do Hospital do Espírito Santo de Évora – EPE

Andreia Sofia Martins Pires Capelão dos Santos, Assistente hospitalar de Anestesiologia deste hospital, a frequentar o mestrado em Ciências da Dor da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, vem por este meio solicitar a V. Exa se digne autorizar a aplicação de um instrumento de recolha de dados aos doentes da consulta de Dor Crónica. Mais se informa que se trata de um instrumento de trabalho comumente utilizado nesta consulta e validado para a população portuguesa.

Este instrumento de avaliação tem como objectivo recolher dados que servirão de referência para a minha tese de mestrado "*Caracterização da incidência de Síndrome Depressivo na população oncológica da consulta de Dor Crónica do Hospital do Espírito Santo – EPE, Évora*", cuja orientação está sob a responsabilidade do Exmo Sr. Professor António Barbosa.

Junto anexo os instrumentos de recolha de dados.

*Nade a vir.*  
*a Camilla & Epe*  
*6/16/16*  
*Rui Faria*

*António Barbosa*  
**Manuel Carvalho**  
Diretor Clínico

Pede deferimento,

*Andreia Sofia Martins Pires Capelão dos Santos*

(Andreia Sofia Martins Pires Capelão dos Santos)

Évora, 12 de Abril de 2013

| HESE-EPE   |                         |
|------------|-------------------------|
| RECEBIDO   | EM 12/4/2013<br>N.º 781 |
| RESPONDIDO | EM / /<br>N.º           |



## Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

|  |  |
|--|--|
| <b>1. Sinto-me tenso (a) ou nervoso (a):</b><br><input type="checkbox"/> Quase sempre<br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> Por vezes<br><input type="checkbox"/> Nunca   | <b>8. Sinto-me mais lento(a), como se fizesse as coisas mais devagar:</b><br><input type="checkbox"/> Quase sempre<br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> Por vezes<br><input type="checkbox"/> Nunca  |
| <b>2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:</b><br><input type="checkbox"/> Tanto como antes<br><input type="checkbox"/> Não tanto agora<br><input type="checkbox"/> Só um pouco<br><input type="checkbox"/> Quase nada   | <b>9. Fico de tal forma apreensivo(a) (com medo), que até sinto um aperto no estômago:</b><br><input type="checkbox"/> Nunca<br><input type="checkbox"/> Por vezes<br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> Quase sempre                                   |
| <b>3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:</b><br><input type="checkbox"/> Sim e muito forte<br><input type="checkbox"/> Sim, mas não muito forte<br><input type="checkbox"/> Um pouco, mas não me aflige<br><input type="checkbox"/> De modo algum | <b>10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:</b><br><input type="checkbox"/> Completamente<br><input type="checkbox"/> Não dou a atenção que devia<br><input type="checkbox"/> Talvez cuide menos que antes<br><input type="checkbox"/> Tenho o mesmo interesse de sempre |
| <b>4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:</b><br><input type="checkbox"/> Tanto como antes<br><input type="checkbox"/> Não tanto como antes<br><input type="checkbox"/> Muito menos agora<br><input type="checkbox"/> Nunca  | <b>11. Sinto-me de tal forma inquieto(a) que não consigo estar parado(a):</b><br><input type="checkbox"/> Muito<br><input type="checkbox"/> Bastante<br><input type="checkbox"/> Não muito<br><input type="checkbox"/> Nada  |
| <b>5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:</b><br><input type="checkbox"/> A maior parte do tempo<br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> Por vezes<br><input type="checkbox"/> Quase nunca  | <b>12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:</b><br><input type="checkbox"/> Tanto como antes<br><input type="checkbox"/> Não tanto como antes<br><input type="checkbox"/> Bastante menos agora<br><input type="checkbox"/> Quase nunca                           |
| <b>6. Sinto-me animado (a):</b><br><input type="checkbox"/> Nunca<br><input type="checkbox"/> Poucas vezes<br><input type="checkbox"/> De vez em quando<br><input type="checkbox"/> Quase sempre   | <b>13. De repente, tenho sensações de pânico:</b><br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> Bastantes vezes<br><input type="checkbox"/> Por vezes<br><input type="checkbox"/> Nunca   |
| <b>7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado(a) e sentir-me relaxado(a):</b><br><input type="checkbox"/> Quase sempre<br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> Por vezes<br><input type="checkbox"/> Nunca   | <b>14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:</b><br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> De vez em quando<br><input type="checkbox"/> Poucas vezes<br><input type="checkbox"/> Quase nunca                             |

Nº Código: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## **Anexo II**

---

Parecer da comissão de ética da Faculdade de Medicina de Lisboa



**Presidente**

Prof. Doutor João Lobo Antunes (CHLN/FML)

**Vice-Presidente**

Prof.<sup>a</sup>. Doutora Maria Luísa Figueira (CHLN)

**Membros**

Dra. Ana Luísa Figueiras (CHLN)

Prof. Doutor Carlos Calhaz Jorge (CHLN)

Dra. Elisa Pedro (CHLN)

Padre Fernando Sampalo (CHLN)

Dra. Graça Nogueira (CHLN)

Mestre En.<sup>a</sup>. Isabel Côrte-Real (CHLN)

Dr. Mário Miguel Rosa (CHLN)

Prof. Doutor António Barbosa (FML)

Prof. Doutor António Vaz Carneiro (FML)

Prof. Doutor João Lavinha (FML)

Prof. Doutor Manuel Villaverde Cabral (FML)

Prof. Doutor José Barata Moura (FML)

Prof.<sup>a</sup>. Doutora Maria Do Céu Rueff (FML)

Exma. Senhora

Dra. Andreia Capelão

Serviço de Anestesiologia

Hospital do Espírito Santo, E.P.E.

Largo Senhor da Pobreza

7000-811 ÉVORA

Lisboa, 14 de Outubro de 2013

**Assunto:** Projecto de Investigação "Caracterização da incidência de Síndrome Depressivo na população oncológica da Consulta de Dor Crónica do Hospital do Espírito Santo, E.P.E. – Évora"

**Relator – Prof.<sup>a</sup>. Doutora Maria Luísa Figueira**

Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe, a realizar no âmbito do Curso de Mestrado em Ciências da Dor da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, obteve, na reunião realizada em 25 de Setembro de 2013, parecer favorável da Comissão de Ética.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Prof. Doutor João Lobo Antunes

**COMISSÃO DE  
ÉTICA CHLN/FML**

Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes

Tel. – 21 780 54 05; Fax – 21 780 56 90

Av. Professor Egas Moniz

1649-035 LISBOA

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117

1769-001 LISBOA

Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 2

### **Anexo III**

---

Consentimento livre e informado

## Consentimento Livre e Informado

Andreia Sofia Martins Pires Capelão dos Santos, Assistente Hospitalar Anestesiologia, médica da Consulta de Dor Crónica do Hospital do Espírito Santo – EPE, Évora, a realizar um trabalho de investigação no âmbito da tese de mestrado, subordinado ao tema “*Caracterização da incidência de Síndrome Depressivo na população oncológica da consulta de Dor Crónica do Hospital do Espírito Santo – EPE, Évora*”, vem solicitar a sua participação neste estudo.

O objetivo deste estudo é caracterizar a população do ficheiro da Consulta de Dor do Hospital do Espírito Santo – EPE, Évora em termos de incidência de Síndrome Depressivo, bem como a instituição atempada de terapêutica e orientação adequadas. Deste modo, pretendemos melhorar os cuidados de saúde prestados aos nossos doentes.

Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que, por isso, seja prejudicado na prestação de cuidados de saúde na Consulta de Dor Crónica. De salientar que, todos os dados recolhidos, serão confidenciais.

Ao assinar esta folha está a confirmar que:

- O Sr(a) leu e compreendeu todas as informações acima descritas e teve tempo para as poderar
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente
- Se não percebeu qualquer das palavras solicitou ao investigador que lhe fosse explicado, tendo este explicado todas as suas dúvidas

Nome: \_\_\_\_\_

Data: Évora, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013

O Investigador:

\_\_\_\_\_  
(Andreia Sofia Martins Pires Capelão dos Santos)

#### **Anexo IV**

---

Escala de ansiedade e depressão hospitalar

## Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

|  |  |
|--|--|
| <b>1. Sinto-me tenso (a) ou nervoso (a):</b><br><input type="checkbox"/> Quase sempre<br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> Por vezes<br><input type="checkbox"/> Nunca   | <b>8. Sinto-me mais lento(a), como se fizesse as coisas mais devagar:</b><br><input type="checkbox"/> Quase sempre<br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> Por vezes<br><input type="checkbox"/> Nunca  |
| <b>2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:</b><br><input type="checkbox"/> Tanto como antes<br><input type="checkbox"/> Não tanto agora<br><input type="checkbox"/> Só um pouco<br><input type="checkbox"/> Quase nada   | <b>9. Fico de tal forma apreensivo(a) (com medo), que até sinto um aperto no estômago:</b><br><input type="checkbox"/> Nunca<br><input type="checkbox"/> Por vezes<br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> Quase sempre                                   |
| <b>3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:</b><br><input type="checkbox"/> Sim e muito forte<br><input type="checkbox"/> Sim, mas não muito forte<br><input type="checkbox"/> Um pouco, mas não me aflige<br><input type="checkbox"/> De modo algum | <b>10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:</b><br><input type="checkbox"/> Completamente<br><input type="checkbox"/> Não dou a atenção que devia<br><input type="checkbox"/> Talvez cuide menos que antes<br><input type="checkbox"/> Tenho o mesmo interesse de sempre |
| <b>4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:</b><br><input type="checkbox"/> Tanto como antes<br><input type="checkbox"/> Não tanto como antes<br><input type="checkbox"/> Muito menos agora<br><input type="checkbox"/> Nunca  | <b>11. Sinto-me de tal forma inquieto(a) que não consigo estar parado(a):</b><br><input type="checkbox"/> Muito<br><input type="checkbox"/> Bastante<br><input type="checkbox"/> Não muito<br><input type="checkbox"/> Nada  |
| <b>5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:</b><br><input type="checkbox"/> A maior parte do tempo<br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> Por vezes<br><input type="checkbox"/> Quase nunca  | <b>12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:</b><br><input type="checkbox"/> Tanto como antes<br><input type="checkbox"/> Não tanto como antes<br><input type="checkbox"/> Bastante menos agora<br><input type="checkbox"/> Quase nunca                           |
| <b>6. Sinto-me animado (a):</b><br><input type="checkbox"/> Nunca<br><input type="checkbox"/> Poucas vezes<br><input type="checkbox"/> De vez em quando<br><input type="checkbox"/> Quase sempre   | <b>13. De repente, tenho sensações de pânico:</b><br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> Bastantes vezes<br><input type="checkbox"/> Por vezes<br><input type="checkbox"/> Nunca   |
| <b>7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado(a) e sentir-me relaxado(a):</b><br><input type="checkbox"/> Quase sempre<br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> Por vezes<br><input type="checkbox"/> Nunca   | <b>14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:</b><br><input type="checkbox"/> Muitas vezes<br><input type="checkbox"/> De vez em quando<br><input type="checkbox"/> Poucas vezes<br><input type="checkbox"/> Quase nunca                             |

Nº Código: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **Anexo V**

---

Análise estatística

**Tabela 1:** Distribuição dos doentes com apoio psicológico

|       |             | <b>Terapêutica</b> |         |               |                    |
|-------|-------------|--------------------|---------|---------------|--------------------|
|       |             | Frequency          | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Não         | 81                 | 78,6    | 78,6          | 78,6               |
|       | Psicológica | 22                 | 21,4    | 21,4          | 100,0              |
|       | Total       | 103                | 100,0   | 100,0         |                    |

**Tabela 2:** Distribuição dos doentes com registo no processo clínico de Síndrome Depressiva

|       |       | <b>Processo Clínico</b> |         |               |                    |
|-------|-------|-------------------------|---------|---------------|--------------------|
|       |       | Frequency               | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Sim   | 46                      | 44,7    | 44,7          | 44,7               |
|       | Não   | 57                      | 55,3    | 55,3          | 100,0              |
|       | Total | 103                     | 100,0   | 100,0         |                    |

**Tabela 3:** Teste de homogeneidade da amostra

| <b>Test of Homogeneity of Variances</b> |                  |     |     |      |
|---|------------------|-----|-----|------|
|   | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
| Ansiedade_Médias                        | 1,451            | 2   | 100 | ,239 |
| Depressão_Médias                        | ,827             | 2   | 100 | ,441 |

**Tabela 4:** Resultados do teste ANOVA para a ansiedade, Síndrome Depressiva e etiologia da dor

|                  |                | <b>ANOVA</b>   |     |             |      |      |
|------------------|----------------|----------------|-----|-------------|------|------|
|                  |                | Sum of Squares | df  | Mean Square | F    | Sig. |
| Ansiedade_Médias | Between Groups | ,747           | 2   | ,373        | ,875 | ,420 |
|                  | Within Groups  | 42,693         | 100 | ,427        |      |      |
|                  | Total          | 43,439         | 102 |             |      |      |
| Depressão_Médias | Between Groups | ,702           | 2   | ,351        | ,715 | ,492 |
|                  | Within Groups  | 49,130         | 100 | ,491        |      |      |
|                  | Total          | 49,832         | 102 |             |      |      |



**Tabela 5:** Incidência de ansiedade

|       |       | <b>Ansiedade</b> |         |               |                    |
|-------|-------|------------------|---------|---------------|--------------------|
|       |       | Frequency        | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Sim   | 45               | 43,7    | 43,7          | 43,7               |
|       | Não   | 58               | 56,3    | 56,3          | 100,0              |
|       | Total | 1103             | 100,0   | 100,0         |                    |

**Tabela 6:** Distribuição de ansiedade por idade

|       |     | <b>Group Statistics</b> |       |        |                 |
|-------|-----|-------------------------|-------|--------|-----------------|
|       |     | Ansiedade               | N     | Mean   | Std. Error Mean |
| Idade | Sim | 45                      | 61,98 | 12,101 | 1,804           |
|       | Não | 58                      | 66,66 | 12,643 | 1,660           |

**Tabela 7:** Resultados do teste T-Student para comparação entre ansiedade e idade

| Independent Samples Test |                             |   |      |                              |        |                 |                 |                       |   |       |
|--------------------------|-----------------------------|---|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|-------|
|                          |                             | Levene's Test for Equality of Variances |      | t-test for Equality of Means |        |                 |                 |                       |   |       |
|                          |                             |   |      |                              |        |                 |                 |                       | 95% Confidence Interval of the Difference |       |
|                          |                             | F                                       | Sig. | t                            | df     | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | Lower                                     | Upper |
| Idade                    | Equal variances assumed     | ,081                                    | ,777 | -1,897                       | 101    | ,061            | -4,677          | 2,465                 | -9,568                                    | ,213  |
|                          | Equal variances not assumed |   |      | -1,908                       | 96,602 | ,059            | -4,677          | 2,452                 | -9,543                                    | ,188  |

**Tabela 8:** distribuição de ansiedade por género

| <b>Género * Ansiedade Crosstabulation</b> |           |                    |        |        |        |
|---|-----------|--------------------|--------|--------|--------|
|   |           | Ansiedade          |        |        |        |
|   |           |                    | Sim    | Não    | Total  |
| Género                                    | Masculino | Count              | 6      | 19     | 25     |
|   |           | % within Ansiedade | 13,3%  | 32,8%  | 24,3%  |
|   | Feminino  | Count              | 39     | 39     | 78     |
|   |           | % within Ansiedade | 86,7%  | 67,2%  | 75,7%  |
| Total                                     |           | Count              | 45     | 58     | 103    |
|   |           | % within Ansiedade | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

**Tabela 9:** Resultados do teste do Qui-Quadrado para a relação entre ansiedade e género

| <b>Chi-Square Tests</b>            |                    |    |                       |                      |                      |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
|                                    | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
| Pearson Chi-Square                 | 5,202 <sup>a</sup> | 1  | ,023                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | 4,199              | 1  | ,040                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 5,458              | 1  | ,019                  |                      |                      |
| Fisher's Exact Test                |                    |    |                       | ,036                 | ,019                 |
| Linear-by-Linear Association       | 5,152              | 1  | ,023                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 103                |    |                       |                      |                      |

**Tabela 10:** Medida de associação para a relação entre ansiedade e género

| <b>Symmetric Measures</b> |            |       |              |
|---------------------------|------------|-------|--------------|
|                           |            | Value | Approx. Sig. |
| Nominal by                | Phi        | ,225  | ,023         |
| Nominal                   | Cramer's V | ,225  | ,023         |
| N of Valid Cases          |            | 103   |              |

**Tabela 11:** Distribuição de ansiedade por habilitações literárias

| Hab_Literaria * Ansiedade Crosstabulation |                                 |                        |           |        |        |
|---|---------------------------------|------------------------|-----------|--------|--------|
|   |                                 |                        | Ansiedade |        | Total  |
|   |                                 |                        | Sim       | Não    |        |
| Hab_Literaria                             | 1º ciclo do Ensino Básico       | Count                  | 26        | 31     | 57     |
|   |                                 | % within Hab_Literaria | 45,6%     | 54,4%  | 100,0% |
|   |                                 | % within Ansiedade     | 57,8%     | 53,4%  | 55,3%  |
|   | 2º e 3º ciclos do Ensino Básico | Count                  | 14        | 13     | 27     |
|   |                                 | % within Hab_Literaria | 51,9%     | 48,1%  | 100,0% |
|   |                                 | % within Ansiedade     | 31,1%     | 22,4%  | 26,2%  |
|   | Ensino Secundário               | Count                  | 4         | 10     | 14     |
|   |                                 | % within Hab_Literaria | 28,6%     | 71,4%  | 100,0% |
|   |                                 | % within Ansiedade     | 8,9%      | 17,2%  | 13,6%  |
|   | Ensino Superior                 | Count                  | 1         | 4      | 5      |
|   |                                 | % within Hab_Literaria | 20,0%     | 80,0%  | 100,0% |
|   |                                 | % within Ansiedade     | 2,2%      | 6,9%   | 4,9%   |
| Total                                     | Count                           | 45                     | 58        | 103    |        |
|   | % within Hab_Literaria          | 43,7%                  | 56,3%     | 100,0% |        |
|   | % within Ansiedade              | 100,0%                 | 100,0%    | 100,0% |        |

**Tabela 12:** Resultados do teste do Qui-Quadrado para a relação entre ansiedade e habilitações literárias**Chi-Square Tests**

|                              | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square           | 3,258 <sup>a</sup> | 3  | ,354                  |
| Likelihood Ratio             | 3,415              | 3  | ,332                  |
| Linear-by-Linear Association | 1,560              | 1  | ,212                  |
| N of Valid Cases             | 103                |    |                       |

**Tabela13:** Distribuição de ansiedade por profissão

|           |                    | Ansiedade          |        | Total  |
|-----------|--------------------|--------------------|--------|--------|
|           |                    | Sim                | Não    |        |
| Profissão | Desempregado       | Count              | 2      | 2      |
|           |                    | % within Profissão | 50,0%  | 50,0%  |
|           |                    | % within Ansiedade | 4,4%   | 3,4%   |
|           | Reformado          | Count              | 24     | 44     |
|           |                    | % within Profissão | 35,3%  | 64,7%  |
|           |                    | % within Ansiedade | 53,3%  | 75,9%  |
|           | Baixa              | Count              | 7      | 3      |
|           |                    | % within Profissão | 70,0%  | 30,0%  |
|           |                    | % within Ansiedade | 15,6%  | 5,2%   |
|           | Activa             | Count              | 12     | 9      |
|           |                    | % within Profissão | 57,1%  | 42,9%  |
|           |                    | % within Ansiedade | 26,7%  | 15,5%  |
| Total     | Count              |                    | 45     | 58     |
|           | % within Profissão |                    | 43,7%  | 56,3%  |
|           | % within Ansiedade |                    | 100,0% | 100,0% |

**Tabela 14:** Resultados do teste do Qui-Quadrado para a relação entre ansiedade e profissão

| Chi-Square Tests             |                    |    |                       |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
|                              | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
| Pearson Chi-Square           | 6,372 <sup>a</sup> | 3  | ,095                  |
| Likelihood Ratio             | 6,401              | 3  | ,094                  |
| Linear-by-Linear Association | 3,431              | 1  | ,064                  |
| N of Valid Cases             | 103                |    |                       |

**Tabela 15:** Distribuição de ansiedade por estado civil

| Estado_Civil * Ansiedade Crosstabulation |                       |                       | Ansiedade |        | Total  |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------|--------|--------|
|  |                       |                       | Sim       | Não    |        |
| Estado_Civil                             | Viúvo                 | Count                 | 10        | 9      | 19     |
|  |                       | % within Estado_Civil | 52,6%     | 47,4%  | 100,0% |
|  |                       | % within Ansiedade    | 22,2%     | 15,5%  | 18,4%  |
|  | Divorciado            | Count                 | 3         | 0      | 3      |
|  |                       | % within Estado_Civil | 100,0%    | ,0%    | 100,0% |
|  |                       | % within Ansiedade    | 6,7%      | ,0%    | 2,9%   |
|  | Casado                | Count                 | 29        | 42     | 71     |
|  |                       | % within Estado_Civil | 40,8%     | 59,2%  | 100,0% |
|  |                       | % within Ansiedade    | 64,4%     | 72,4%  | 68,9%  |
|  | Solteiro              | Count                 | 3         | 7      | 10     |
|  |                       | % within Estado_Civil | 30,0%     | 70,0%  | 100,0% |
|  |                       | % within Ansiedade    | 6,7%      | 12,1%  | 9,7%   |
| Total                                    | Count                 |                       | 45        | 58     | 103    |
|  | % within Estado_Civil |                       | 43,7%     | 56,3%  | 100,0% |
|  | % within Ansiedade    |                       | 100,0%    | 100,0% | 100,0% |

**Tabela 16:** Resultados do teste do Qui-Quadrado para a relação entre ansiedade e estado civil

| Chi-Square Tests             |                    |    |                       |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
|                              | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
| Pearson Chi-Square           | 5,479 <sup>a</sup> | 3  | ,140                  |
| Likelihood Ratio             | 6,606              | 3  | ,086                  |
| Linear-by-Linear Association | 2,106              | 1  | ,147                  |
| N of Valid Cases             | 103                |    |                       |

**Tabela 17:** Incidência de Síndrome Depressiva

| Síndrome Depressiva |       |           |         |               |                    |
|---------------------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
|                     |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid               | Sim   | 46        | 44,7    | 44,7          | 44,7               |
|                     | Não   | 57        | 55,3    | 55,3          | 100,0              |
|                     | Total | 103       | 100,0   | 100,0         |                    |

**Tabela 18:** Distribuição de Síndrome Depressiva por idade

| Group Statistics |           |    |       |                |                 |
|------------------|-----------|----|-------|----------------|-----------------|
|                  | Depressão | N  | Mean  | Std. Deviation | Std. Error Mean |
| Idade            | Sim       | 46 | 63,22 | 11,992         | 1,768           |
|                  | Não       | 57 | 65,74 | 13,008         | 1,723           |

**Tabela 19:** Resultados do teste T-Student para comparação entre Síndrome Depressiva e idade

| Independent Samples Test |                                      |  |   |      |   |     |                     |                    |                          |        |       |
|--------------------------|--------------------------------------|--|---|------|---|-----|---------------------|--------------------|--------------------------|--------|-------|
|                          |                                      |  | Levene's Test<br>for Equality of<br>Variances |      | t-test for Equality of Means                    |     |                     |                    |                          |        |       |
|                          |                                      |  |   |      | 95% Confidence<br>Interval of the<br>Difference |     |                     |                    |                          |        |       |
|                          |                                      |  | F   | Sig. | t   | df  | Sig. (2-<br>tailed) | Mean<br>Difference | Std. Error<br>Difference | Lower  | Upper |
| Ide                      | Equal<br>variances<br>assumed        |  | ,522  | ,472 | -<br>1,012                                      | 101 | ,314                | -2,519             | 2,490                    | -7,460 | 2,421 |
|                          | Equal<br>variances<br>not<br>assumed |  |   |      | - 99,175<br>1,021                               |     | ,310                | -2,519             | 2,469                    | -7,418 | 2,379 |

**Tabela 21:** Resultados do teste do Qui-Quadrado para a relação entre Síndrome Depressiva e gênero

| Chi-Square Tests                   |                    |    |                       |                      |                      |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
|                                    | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
| Pearson Chi-Square                 | 1,002 <sup>a</sup> | 1  | ,317                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,593               | 1  | ,441                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 1,015              | 1  | ,314                  |                      |                      |
| Fisher's Exact Test                |                    |    |                       | ,362                 | ,221                 |
| Linear-by-Linear Association       | ,992               | 1  | ,319                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 103                |    |                       |                      |                      |

**Tabela 22:** Distribuição de Síndrome Depressiva por habilitações literárias

| Hab_Literaria * Depressão Crosstabulation |                                 |                        |  |           |        |        |
|---|---------------------------------|------------------------|--|-----------|--------|--------|
|   |                                 |                        |  | Depressão |        |        |
|   |                                 |                        |  | Sim       | Não    | Total  |
| Hab Literaria                             | 1º ciclo do Ensino Básico       | Count                  |  | 28        | 29     | 57     |
|   |                                 | % within Hab_Literaria |  | 49,1%     | 50,9%  | 100,0% |
|   |                                 | % within Depressão     |  | 60,9%     | 50,9%  | 55,3%  |
|   | 2º e 3º ciclos do Ensino Básico | Count                  |  | 10        | 17     | 27     |
|   |                                 | % within Hab_Literaria |  | 37,0%     | 63,0%  | 100,0% |
|   |                                 | % within Depressão     |  | 21,7%     | 29,8%  | 26,2%  |
|   | Ensino Secundário               | Count                  |  | 7         | 7      | 14     |
|   |                                 | % within Hab_Literaria |  | 50,0%     | 50,0%  | 100,0% |
|   |                                 | % within Depressão     |  | 15,2%     | 12,3%  | 13,6%  |
|   | Ensino Superior                 | Count                  |  | 1         | 4      | 5      |
|   |                                 | % within Hab_Literaria |  | 20,0%     | 80,0%  | 100,0% |
|   |                                 | % within Depressão     |  | 2,2%      | 7,0%   | 4,9%   |
| Total                                     |                                 | Count                  |  | 46        | 57     | 103    |
|   |                                 | % within Hab_Literaria |  | 44,7%     | 55,3%  | 100,0% |
|   |                                 | % within Depressão     |  | 100,0%    | 100,0% | 100,0% |

**Tabela 23:** Resultados do teste do Qui-Quadrado para a relação entre Síndrome Depressiva e habilitações literárias

| Chi-Square Tests             |                    |    |                       |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
|                              | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
| Pearson Chi-Square           | 2,486 <sup>a</sup> | 3  | ,478                  |
| Likelihood Ratio             | 2,604              | 3  | ,457                  |
| Linear-by-Linear Association | ,905               | 1  | ,341                  |
| N of Valid Cases             | 103                |    |                       |

**Tabela 24:** Distribuição de Síndrome Depressiva por profissão

| Profissão * Depressão Crosstabulation |                    |                    |           |        |        |
|---------------------------------------|--------------------|--------------------|-----------|--------|--------|
|                                       |                    |                    | Depressão |        | Total  |
|                                       |                    |                    | Sim       | Não    |        |
| Profissão                             | Desempregado       | Count              | 2         | 2      | 4      |
|                                       |                    | % within Profissão | 50,0%     | 50,0%  | 100,0% |
|                                       |                    | % within Depressão | 4,3%      | 3,5%   | 3,9%   |
|                                       | Reformado          | Count              | 28        | 40     | 68     |
|                                       |                    | % within Profissão | 41,2%     | 58,8%  | 100,0% |
|                                       |                    | % within Depressão | 60,9%     | 70,2%  | 66,0%  |
|                                       | Baixa              | Count              | 7         | 3      | 10     |
|                                       |                    | % within Profissão | 70,0%     | 30,0%  | 100,0% |
|                                       |                    | % within Depressão | 15,2%     | 5,3%   | 9,7%   |
|                                       | Activa             | Count              | 9         | 12     | 21     |
|                                       |                    | % within Profissão | 42,9%     | 57,1%  | 100,0% |
|                                       |                    | % within Depressão | 19,6%     | 21,1%  | 20,4%  |
| Total                                 | Count              | 46                 | 57        | 103    |        |
|                                       | % within Profissão | 44,7%              | 55,3%     | 100,0% |        |
|                                       | % within Depressão | 100,0%             | 100,0%    | 100,0% |        |



**Tabela 25:** Resultados do teste do Qui-Quadrado para a relação entre Síndrome Depressiva e profissão

| Chi-Square Tests             |                    |    |                       |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
|                              | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
| Pearson Chi-Square           | 2,486 <sup>a</sup> | 3  | ,478                  |
| Likelihood Ratio             | 2,604              | 3  | ,457                  |
| Linear-by-Linear Association | ,905               | 1  | ,341                  |
| N of Valid Cases             | 103                |    |                       |

**Tabela 26:** Distribuição de Síndrome Depressiva por estado civil

| Estado_Civil * Depressão Crosstabulation |                       |           |        |        |
|--|-----------------------|-----------|--------|--------|
|  |                       | Depressão |        | Total  |
|  |                       | Sim       | Não    |        |
| Estado_Civil Viúvo                       | Count                 | 9         | 10     | 19     |
|  | % within Estado_Civil | 47,4%     | 52,6%  | 100,0% |
|  | % within Depressão    | 19,6%     | 17,5%  | 18,4%  |
| Divorciado                               | Count                 | 2         | 1      | 3      |
|  | % within Estado_Civil | 66,7%     | 33,3%  | 100,0% |
|  | % within Depressão    | 4,3%      | 1,8%   | 2,9%   |
| Casado                                   | Count                 | 31        | 40     | 71     |
|  | % within Estado_Civil | 43,7%     | 56,3%  | 100,0% |
|  | % within Depressão    | 67,4%     | 70,2%  | 68,9%  |
| Solteiro                                 | Count                 | 4         | 6      | 10     |
|  | % within Estado_Civil | 40,0%     | 60,0%  | 100,0% |
|  | % within Depressão    | 8,7%      | 10,5%  | 9,7%   |
| Total                                    | Count                 | 46        | 57     | 103    |
|  | % within Estado_Civil | 44,7%     | 55,3%  | 100,0% |
|  | % within Depressão    | 100,0%    | 100,0% | 100,0% |

**Tabela 27:** Resultados do teste do Qui-Quadrado para a relação entre Síndrome Depressiva e estado civil

| Chi-Square Tests             |                   |    |                       |
|------------------------------|-------------------|----|-----------------------|
|                              | Value             | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
| Pearson Chi-Square           | ,761 <sup>a</sup> | 3  | ,859                  |
| Likelihood Ratio             | ,762              | 3  | ,859                  |
| Linear-by-Linear Association | ,234              | 1  | ,629                  |
| N of Valid Cases             | 103               |    |                       |

**Tabela 28:** Distribuição de ansiedade por diagnóstico clínico de Síndrome Depressiva

| Processo_Clínico * Ansiedade Crosstabulation |                           |                           |        |        |        |
|--|---------------------------|---------------------------|--------|--------|--------|
|  |                           | Ansiedade                 |        |        |        |
|  |                           | Sim                       | Não    | Total  |        |
| Processo Clínico                             | Sim                       | Count                     | 28     | 18     | 46     |
|  |                           | % within Processo_Clínico | 60,9%  | 39,1%  | 100,0% |
|  |                           | % within Ansiedade        | 62,2%  | 31,0%  | 44,7%  |
|  | Não                       | Count                     | 17     | 40     | 57     |
|  |                           | % within Processo_Clínico | 29,8%  | 70,2%  | 100,0% |
|  |                           | % within Ansiedade        | 37,8%  | 69,0%  | 55,3%  |
| Total  | Count                     | 45                        | 58     | 103    |        |
|  | % within Processo_Clínico | 43,7%                     | 56,3%  | 100,0% |        |
|  | % within Ansiedade        | 100,0%                    | 100,0% | 100,0% |        |

**Tabela 29:** Resultados do teste do Qui-Quadrado para a relação entre Ansiedade e diagnóstico clínico de Síndrome Depressiva

| Chi-Square Tests                   |                    |    |                       |                      |                      |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
|                                    | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
| Pearson Chi-Square                 | 9,973 <sup>a</sup> | 1  | ,002                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | 8,751              | 1  | ,003                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 10,097             | 1  | ,001                  |                      |                      |
| Fisher's Exact Test                |                    |    |                       | ,003                 | ,001                 |
| Linear-by-Linear Association       | 9,876              | 1  | ,002                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 103                |    |                       |                      |                      |

**Tabela 30:** Medida de associação para a relação entre Ansiedade e diagnóstico clínico de Síndrome Depressiva

| Symmetric Measures |            |       |              |
|--------------------|------------|-------|--------------|
|                    |            | Value | Approx. Sig. |
| Nominal by Nominal | Phi        | ,311  | ,002         |
|                    | Cramer's V | ,311  | ,002         |
| N of Valid Cases   |            | 103   |              |

**Tabela 31:** Distribuição de Síndrome Depressiva por diagnóstico clínico de Síndrome Depressiva

| Processo_Clínico * Depressão Crosstabulation |                           |                           |           |        |        |
|--|---------------------------|---------------------------|-----------|--------|--------|
|  |                           |                           | Depressão |        |        |
|  |                           |                           | Sim       | Não    | Total  |
| Processo Clínico                             | Sim                       | Count                     | 25        | 21     | 46     |
|  |                           | % within Processo_Clínico | 54,3%     | 45,7%  | 100,0% |
|  |                           | % within Depressão        | 54,3%     | 36,8%  | 44,7%  |
|  | Não                       | Count                     | 21        | 36     | 57     |
|  |                           | % within Processo_Clínico | 36,8%     | 63,2%  | 100,0% |
|  |                           | % within Depressão        | 45,7%     | 63,2%  | 55,3%  |
| Total  | Count                     | 46                        | 57        | 103    |        |
|  | % within Processo_Clínico | 44,7%                     | 55,3%     | 100,0% |        |
|  | % within Depressão        | 100,0%                    | 100,0%    | 100,0% |        |

**Tabela 32:** Resultados do teste do Qui-Quadrado para a relação entre Síndrome Depressiva e diagnóstico clínico de Síndrome Depressiva

| Chi-Square Tests                   |                    |    |                       |                      |                      |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
|                                    | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
| Pearson Chi-Square                 | 3,156 <sup>a</sup> | 1  | ,076                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | 2,488              | 1  | ,115                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 3,166              | 1  | ,075                  |                      |                      |
| Fisher's Exact Test                |                    |    |                       | ,110                 | ,057                 |
| Linear-by-Linear Association       | 3,126              | 1  | ,077                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 103                |    |                       |                      |                      |

**Tabela 33:** Distribuição de Ansiedade e referência para Psicólogo

|                 |                      | Ansiedade |        | Total  |
|-----------------|----------------------|-----------|--------|--------|
|                 |                      | Sim       | Não    |        |
| Terapêutica Não | Count                | 30        | 51     | 81     |
|                 | % within Terapêutica | 37,0%     | 63,0%  | 100,0% |
|                 | % within Ansiedade   | 66,7%     | 87,9%  | 78,6%  |
| Psicológica     | Count                | 15        | 7      | 22     |
|                 | % within Terapêutica | 68,2%     | 31,8%  | 100,0% |
|                 | % within Ansiedade   | 33,3%     | 12,1%  | 21,4%  |
| Total           | Count                | 45        | 58     | 103    |
|                 | % within Terapêutica | 43,7%     | 56,3%  | 100,0% |
|                 | % within Ansiedade   | 100,0%    | 100,0% | 100,0% |

**Tabela 34:** Resultados do teste do Qui-Quadrado para a relação entre Ansiedade e referência para Psicólogo

| Chi-Square Tests                   |                    |    |                       |                      |                      |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
|                                    | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
| Pearson Chi-Square                 | 6,821 <sup>a</sup> | 1  | ,009                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | 5,614              | 1  | ,018                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 6,839              | 1  | ,009                  |                      |                      |
| Fisher's Exact Test                |                    |    |                       | ,014                 | ,009                 |
| Linear-by-Linear Association       | 6,755              | 1  | ,009                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 103                |    |                       |                      |                      |

**Tabela 35:** Medida de associação para a relação entre Ansiedade e referência para Psicólogo

| Symmetric Measures |            |       |              |
|--------------------|------------|-------|--------------|
|                    |            | Value | Approx. Sig. |
| Nominal by Nominal | Phi        | ,257  | ,009         |
|                    | Cramer's V | ,257  | ,009         |
| N of Valid Cases   |            | 103   |              |

**Tabela 36:** Distribuição de Diagnóstico de Síndrome Depressiva por referência para Psicólogo

| Terapêutica * Depressão Crosstabulation |                      |           |        |        |
|---|----------------------|-----------|--------|--------|
|   |                      | Depressão |        | Total  |
|   |                      | Sim       | Não    |        |
| Terapêutica Não                         | Count                | 32        | 49     | 81     |
|   | % within Terapêutica | 39,5%     | 60,5%  | 100,0% |
|   | % within Depressão   | 69,6%     | 86,0%  | 78,6%  |
| Psicológica                             | Count                | 14        | 8      | 22     |
|   | % within Terapêutica | 63,6%     | 36,4%  | 100,0% |
|   | % within Depressão   | 30,4%     | 14,0%  | 21,4%  |
| Total                                   | Count                | 46        | 57     | 103    |
|   | % within Terapêutica | 44,7%     | 55,3%  | 100,0% |
|   | % within Depressão   | 100,0%    | 100,0% | 100,0% |

**Tabela 37:** Resultados do teste do Qui-Quadrado para a relação entre diagnóstico de Síndrome Depressiva e referência para Psicólogo.

| Chi-Square Tests                   |                    |    |                       |                      |                      |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
|                                    | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
| Pearson Chi-Square                 | 4,076 <sup>a</sup> | 1  | ,043                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | 3,158              | 1  | ,076                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 4,075              | 1  | ,044                  |                      |                      |
| Fisher's Exact Test                |                    |    |                       | ,055                 | ,038                 |
| Linear-by-Linear Association       | 4,036              | 1  | ,045                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 103                |    |                       |                      |                      |

**Tabela 38:** Medida de associação para a relação entre diagnóstico de Síndrome Depressiva e referência para Psicólogo

| Symmetric Measures   |                      |       |                                |                        |                   |
|----------------------|----------------------|-------|--------------------------------|------------------------|-------------------|
|                      |                      | Value | Asymp. Std. Error <sup>a</sup> | Approx. T <sup>b</sup> | Approx. Sig.      |
| Nominal by Nominal   | Phi                  | ,199  |                                |                        | ,043              |
|                      | Cramer's V           | ,199  |                                |                        | ,043              |
| Interval by Interval | Pearson's R          | ,199  | ,097                           | 2,040                  | ,044 <sup>c</sup> |
| Ordinal by Ordinal   | Spearman Correlation | ,199  | ,097                           | 2,040                  | ,044 <sup>c</sup> |
| N of Valid Cases     |                      | 103   |                                |                        |                   |

**Tabela 39:** Distribuição da Conjugação de Diagnósticos ansiedade e/ou Síndrome Depressiva

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|
| Valid | sAsD  | 44        | 42,7    | 42,7          |
|       | sAcD  | 14        | 13,6    | 13,6          |
|       | cAsD  | 13        | 12,6    | 12,6          |
|       | cAcD  | 32        | 31,1    | 31,1          |
|       | Total | 103       | 100,0   | 100,0         |

**Tabela 40:** Distribuição de ansiedade e/ou Síndrome Depressiva por idade

| Idade Descriptives |     |                                  |                |            |             |             |         |         |  |
|--------------------|-----|----------------------------------|----------------|------------|-------------|-------------|---------|---------|--|
| Idade              |     |                                  |                |            |             |             |         |         |  |
|                    |     | 95% Confidence Interval for Mean |                |            |             |             |         |         |  |
|                    | N   | Mean                             | Std. Deviation | Std. Error | Lower Bound | Upper Bound | Minimum | Maximum |  |
| sAsD               | 44  | 66,80                            | 13,327         | 2,009      | 62,74       | 70,85       | 36      | 90      |  |
| sAcD               | 14  | 66,21                            | 10,635         | 2,842      | 60,07       | 72,35       | 42      | 79      |  |
| cAsD               | 13  | 62,15                            | 11,625         | 3,224      | 55,13       | 69,18       | 46      | 81      |  |
| cAcD               | 32  | 61,91                            | 12,470         | 2,204      | 57,41       | 66,40       | 40      | 84      |  |
| Total              | 103 | 64,61                            | 12,567         | 1,238      | 62,16       | 67,07       | 36      | 90      |  |

**Tabela 41:** Teste de homogeneidade da amostra

| Test of Homogeneity of Variances |     |     |      |
|----------------------------------|-----|-----|------|
| Idade                            |     |     |      |
| Levene Statistic                 | df1 | df2 | Sig. |
| ,657                             | 3   | 99  | ,580 |

**Tabela 42:** Resultados do teste ANOVA para a relação entre ansiedade e/ou Síndrome Depressiva e idade

| ANOVA          |                |     |             |       |      |
|----------------|----------------|-----|-------------|-------|------|
| Idade          |                |     |             |       |      |
|                | Sum of Squares | df  | Mean Square | F     | Sig. |
| Between Groups | 558,539        | 3   | 186,180     | 1,185 | ,319 |
| Within Groups  | 15549,927      | 99  | 157,070     |       |      |
| Total          | 16108,466      | 102 |             |       |      |

**Tabela 43:** Distribuição de ansiedade e/ou Síndrome Depressiva por género

| <b>Género * Diag Crosstabulation</b> |           |                 |        |        |        |        |
|--------------------------------------|-----------|-----------------|--------|--------|--------|--------|
|                                      |           |                 | Diag   |        |        |        |
|                                      |           |                 | sAsD   | sAcD   | cAsD   | cAcD   |
| Género                               | Masculino | Count           | 14     | 5      | 2      | 4      |
|                                      |           | % within Género | 56,0%  | 20,0%  | 8,0%   | 16,0%  |
|                                      |           | % within Diag   | 31,8%  | 35,7%  | 15,4%  | 12,5%  |
|                                      |           | % of Total      | 13,6%  | 4,9%   | 1,9%   | 3,9%   |
|                                      | Feminino  | Count           | 30     | 9      | 11     | 28     |
|                                      |           | % within Género | 38,5%  | 11,5%  | 14,1%  | 35,9%  |
|                                      |           | % within Diag   | 68,2%  | 64,3%  | 84,6%  | 87,5%  |
|                                      |           | % of Total      | 29,1%  | 8,7%   | 10,7%  | 27,2%  |
| Total                                |           | Count           | 44     | 14     | 13     | 32     |
|                                      |           | % within Género | 42,7%  | 13,6%  | 12,6%  | 31,1%  |
|                                      |           | % within Diag   | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
|                                      |           | % of Total      | 42,7%  | 13,6%  | 12,6%  | 31,1%  |

**Tabela 44:** Resultados do teste do Qui-Quadrado para a relação entre ansiedade e/ou Síndrome Depressiva e género

| <b>Chi-Square Tests</b>      |                    |    |                       |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
|                              | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
| Pearson Chi-Square           | 5,332 <sup>a</sup> | 3  | ,149                  |
| Likelihood Ratio             | 5,596              | 3  | ,133                  |
| Linear-by-Linear Association | 4,455              | 1  | ,035                  |
| N of Valid Cases             | 103                |    |                       |

**Tabela 45:** Distribuição de ansiedade e/ou Síndrome Depressiva por habilitações literárias

| Hab_Literaria * Diag Crosstabulation |                                 |                        |        |        |        |        |        |       |
|--------------------------------------|---------------------------------|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
|                                      |                                 |                        | Count  | Diag   |        |        |        | Total |
|                                      |                                 |                        |        | sAsD   | sAcD   | cAsD   | cAcD   |       |
| Hab Literaria                        | 1º ciclo do Ensino Básico       | Count                  | 23     | 8      | 6      | 20     | 57     |       |
|                                      |                                 | % within Hab_Literaria | 40,4%  | 14,0%  | 10,5%  | 35,1%  | 100,0% |       |
|                                      |                                 | % within Diag          | 52,3%  | 57,1%  | 46,2%  | 62,5%  | 55,3%  |       |
|                                      |                                 | % of Total             | 22,3%  | 7,8%   | 5,8%   | 19,4%  | 55,3%  |       |
|                                      | 2º e 3º ciclos do Ensino Básico | Count                  | 11     | 2      | 6      | 8      | 27     |       |
|                                      |                                 | % within Hab_Literaria | 40,7%  | 7,4%   | 22,2%  | 29,6%  | 100,0% |       |
|                                      |                                 | % within Diag          | 25,0%  | 14,3%  | 46,2%  | 25,0%  | 26,2%  |       |
|                                      |                                 | % of Total             | 10,7%  | 1,9%   | 5,8%   | 7,8%   | 26,2%  |       |
|                                      | Ensino Secundário               | Count                  | 6      | 4      | 1      | 3      | 14     |       |
|                                      |                                 | % within Hab_Literaria | 42,9%  | 28,6%  | 7,1%   | 21,4%  | 100,0% |       |
|                                      |                                 | % within Diag          | 13,6%  | 28,6%  | 7,7%   | 9,4%   | 13,6%  |       |
|                                      |                                 | % of Total             | 5,8%   | 3,9%   | 1,0%   | 2,9%   | 13,6%  |       |
|                                      | Ensino Superior                 | Count                  | 4      | 0      | 0      | 1      | 5      |       |
|                                      |                                 | % within Hab_Literaria | 80,0%  | ,0%    | ,0%    | 20,0%  | 100,0% |       |
|                                      |                                 | % within Diag          | 9,1%   | ,0%    | ,0%    | 3,1%   | 4,9%   |       |
|                                      |                                 | % of Total             | 3,9%   | ,0%    | ,0%    | 1,0%   | 4,9%   |       |
| Total                                | Count                           | 44                     | 14     | 13     | 32     | 103    |        |       |
|                                      | % within Hab_Literaria          | 42,7%                  | 13,6%  | 12,6%  | 31,1%  | 100,0% |        |       |
|                                      | % within Diag                   | 100,0%                 | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |        |       |
|                                      | % of Total                      | 42,7%                  | 13,6%  | 12,6%  | 31,1%  | 100,0% |        |       |

**Tabela 46:** Resultados do teste do Qui-Quadrado para a relação entre ansiedade e/ou Síndrome Depressiva e habilitações literárias

| Chi-Square Tests             |                    |    |                       |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
|                              | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
| Pearson Chi-Square           | 9,550 <sup>a</sup> | 9  | ,388                  |
| Likelihood Ratio             | 9,891              | 9  | ,359                  |
| Linear-by-Linear Association | 1,730              | 1  | ,188                  |
| N of Valid Cases             | 103                |    |                       |



**Tabela 47:** Distribuição de ansiedade e/ou Síndrome Depressiva por profissão

| Profissão * Diag Crosstabulation |                    |  |        |        |        |        |
|----------------------------------|--------------------|--|--------|--------|--------|--------|
| Profissão                        |                    |  | Diag   |        |        |        |
|                                  |                    |  | sAsD   | sAcD   | cAsD   | cAcD   |
| Desempregado                     | Count              |  | 1      | 1      | 1      | 1      |
|                                  | % within Profissão |  | 25,0%  | 25,0%  | 25,0%  | 25,0%  |
|                                  | % within Diag      |  | 2,3%   | 7,1%   | 7,7%   | 3,1%   |
|                                  | % of Total         |  | 1,0%   | 1,0%   | 1,0%   | 1,0%   |
|                                  |                    |  |        |        |        |        |
| Reformado                        | Count              |  | 34     | 10     | 6      | 18     |
|                                  | % within Profissão |  | 50,0%  | 14,7%  | 8,8%   | 26,5%  |
|                                  | % within Diag      |  | 77,3%  | 71,4%  | 46,2%  | 56,3%  |
|                                  | % of Total         |  | 33,0%  | 9,7%   | 5,8%   | 17,5%  |
|                                  |                    |  |        |        |        |        |
| Baixa                            | Count              |  | 2      | 1      | 1      | 6      |
|                                  | % within Profissão |  | 20,0%  | 10,0%  | 10,0%  | 60,0%  |
|                                  | % within Diag      |  | 4,5%   | 7,1%   | 7,7%   | 18,8%  |
|                                  | % of Total         |  | 1,9%   | 1,0%   | 1,0%   | 5,8%   |
|                                  |                    |  |        |        |        |        |
| Activa                           | Count              |  | 7      | 2      | 5      | 7      |
|                                  | % within Profissão |  | 33,3%  | 9,5%   | 23,8%  | 33,3%  |
|                                  | % within Diag      |  | 15,9%  | 14,3%  | 38,5%  | 21,9%  |
|                                  | % of Total         |  | 6,8%   | 1,9%   | 4,9%   | 6,8%   |
|                                  |                    |  |        |        |        |        |
| Total                            | Count              |  | 44     | 14     | 13     | 32     |
|                                  | % within Profissão |  | 42,7%  | 13,6%  | 12,6%  | 31,1%  |
|                                  | % within Diag      |  | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
|                                  | % of Total         |  | 42,7%  | 13,6%  | 12,6%  | 31,1%  |
|                                  |                    |  |        |        |        |        |

**Tabela 48:** Resultados do teste do Qui-Quadrado para a relação entre ansiedade e/ou Síndrome Depressiva e profissão

| Chi-Square Tests             |                     |    |                       |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------|
|                              | Value               | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
| Pearson Chi-Square           | 10,214 <sup>a</sup> | 9  | ,333                  |
| Likelihood Ratio             | 9,516               | 9  | ,391                  |
| Linear-by-Linear Association | 2,401               | 1  | ,121                  |
| N of Valid Cases             | 103                 |    |                       |

**Tabela 49:** Distribuição de ansiedade e/ou Síndrome Depressiva por estado civil

| <b>Estado_Civil * Diag Crosstabulation</b> |                       |        |        |        |        |        |
|--|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
|  |                       | Diag   |        |        |        | Total  |
|  |                       | sAsD   | sAcD   | cAsD   | cAcD   |        |
| Estado Viúvo<br>_Civil                     | Count                 | 9      | 0      | 1      | 9      | 19     |
|  | % within Estado_Civil | 47,4%  | ,0%    | 5,3%   | 47,4%  | 100,0% |
|  | % within Diag         | 20,5%  | ,0%    | 7,7%   | 28,1%  | 18,4%  |
|  | % of Total            | 8,7%   | ,0%    | 1,0%   | 8,7%   | 18,4%  |
| Divorciado                                 | Count                 | 0      | 0      | 1      | 2      | 3      |
|  | % within Estado_Civil | ,0%    | ,0%    | 33,3%  | 66,7%  | 100,0% |
|  | % within Diag         | ,0%    | ,0%    | 7,7%   | 6,3%   | 2,9%   |
|  | % of Total            | ,0%    | ,0%    | 1,0%   | 1,9%   | 2,9%   |
| Casado                                     | Count                 | 30     | 12     | 10     | 19     | 71     |
|  | % within Estado_Civil | 42,3%  | 16,9%  | 14,1%  | 26,8%  | 100,0% |
|  | % within Diag         | 68,2%  | 85,7%  | 76,9%  | 59,4%  | 68,9%  |
|  | % of Total            | 29,1%  | 11,7%  | 9,7%   | 18,4%  | 68,9%  |
| Solteiro                                   | Count                 | 5      | 2      | 1      | 2      | 10     |
|  | % within Estado_Civil | 50,0%  | 20,0%  | 10,0%  | 20,0%  | 100,0% |
|  | % within Diag         | 11,4%  | 14,3%  | 7,7%   | 6,3%   | 9,7%   |
|  | % of Total            | 4,9%   | 1,9%   | 1,0%   | 1,9%   | 9,7%   |
| Total                                      | Count                 | 44     | 14     | 13     | 32     | 103    |
|  | % within Estado_Civil | 42,7%  | 13,6%  | 12,6%  | 31,1%  | 100,0% |
|  | % within Diag         | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
|  | % of Total            | 42,7%  | 13,6%  | 12,6%  | 31,1%  | 100,0% |

**Tabela 50:** Resultados do teste do Qui-Quadrado para a relação entre Ansiedade e/ou Síndrome Depressiva e estado civil

| <b>Chi-Square Tests</b>      |                     |    |                       |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------|
|                              | Value               | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
| Pearson Chi-Square           | 11,046 <sup>a</sup> | 9  | ,273                  |
| Likelihood Ratio             | 14,686              | 9  | ,100                  |
| Linear-by-Linear Association | 1,666               | 1  | ,197                  |
| N of Valid Cases             | 103                 |    |                       |

**Tabela 51:** Distribuição de ansiedade e/ou Síndrome Depressiva por Diagnóstico Clínico de Síndrome Depressiva

| Processo Clínico * Diag Crosstabulation |                           |                           |        |        |        |        |        |
|---|---------------------------|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
|   |                           |                           | Diag   |        |        |        | Total  |
|   |                           |                           | sAsD   | sAcD   | cAsD   | cAcD   |        |
| Processo Clínico                        | Não                       | Count                     | 30     | 10     | 6      | 11     | 57     |
|   |                           | % within Processo Clínico | 52,6%  | 17,5%  | 10,5%  | 19,3%  | 100,0% |
|   |                           | % within Diag             | 68,2%  | 71,4%  | 46,2%  | 34,4%  | 55,3%  |
|   |                           | % of Total                | 29,1%  | 9,7%   | 5,8%   | 10,7%  | 55,3%  |
|   | Sim                       | Count                     | 14     | 4      | 7      | 21     | 46     |
|   |                           | % within Processo Clínico | 30,4%  | 8,7%   | 15,2%  | 45,7%  | 100,0% |
|   |                           | % within Diag             | 31,8%  | 28,6%  | 53,8%  | 65,6%  | 44,7%  |
|   |                           | % of Total                | 13,6%  | 3,9%   | 6,8%   | 20,4%  | 44,7%  |
| Total                                   | Count                     |                           | 44     | 14     | 13     | 32     | 103    |
|   | % within Processo Clínico |                           | 42,7%  | 13,6%  | 12,6%  | 31,1%  | 100,0% |
|   | % within Diag             |                           | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
|   | % of Total                |                           | 42,7%  | 13,6%  | 12,6%  | 31,1%  | 100,0% |

**Tabela 52:** Resultados do teste do Qui-Quadrado para a relação entre ansiedade e/ou Síndrome Depressiva e o Diagnóstico Clínico de Síndrome Depressiva

| Chi-Square Tests             |                     |    |                       |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------|
|                              | Value               | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
| Pearson Chi-Square           | 10,537 <sup>a</sup> | 3  | ,015                  |
| Likelihood Ratio             | 10,688              | 3  | ,014                  |
| Linear-by-Linear Association | 9,431               | 1  | ,002                  |
| N of Valid Cases             | 103                 |    |                       |

**Tabela 53:** Medida de associação para a relação entre Ansiedade e/ou Síndrome Depressiva e diagnóstico clínico de Síndrome Depressiva

| Symmetric Measures |            |       |              |
|--------------------|------------|-------|--------------|
|                    |            | Value | Approx. Sig. |
| Nominal by Nominal | Phi        | ,320  | ,015         |
|                    | Cramer's V | ,320  | ,015         |
| N of Valid Cases   |            | 103   |              |

**Tabela 54:** Distribuição de ansiedade e/ou Síndrome Depressiva por Referenciação para Psicólogo

| ProcessoPsicologo * Diag Crosstabulation |     |                            |        |        |        |        |
|--|-----|----------------------------|--------|--------|--------|--------|
|  |     |                            | Diag   |        |        |        |
|  |     |                            | sAsD   | sAcD   | cAsD   | cAcD   |
|  |     |                            | Total  |        |        |        |
| Processo<br>Psicologo                    | Não | Count                      | 21     | 7      | 9      | 18     |
|  |     | % within ProcessoPsicologo | 38,2%  | 12,7%  | 16,4%  | 32,7%  |
|  |     | % within Diag              | 47,7%  | 50,0%  | 69,2%  | 56,3%  |
|  |     | % of Total                 | 20,4%  | 6,8%   | 8,7%   | 17,5%  |
|  |     |                            |        |        |        |        |
|  | Sim | Count                      | 23     | 7      | 4      | 14     |
|  |     | % within ProcessoPsicologo | 47,9%  | 14,6%  | 8,3%   | 29,2%  |
|  |     | % within Diag              | 52,3%  | 50,0%  | 30,8%  | 43,8%  |
|  |     | % of Total                 | 22,3%  | 6,8%   | 3,9%   | 13,6%  |
|  |     |                            |        |        |        |        |
| Total                                    |     | Count                      | 44     | 14     | 13     | 32     |
|  |     | % within ProcessoPsicologo | 42,7%  | 13,6%  | 12,6%  | 31,1%  |
|  |     | % within Diag              | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
|  |     | % of Total                 | 42,7%  | 13,6%  | 12,6%  | 31,1%  |

**Tabela 55:** Resultados do teste do Qui-Quadrado para a relação entre ansiedade e/ou Síndrome Depressiva e a Referenciação para Psicólogo

| Chi-Square Tests             |                    |    |                       |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|
|                              | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
| Pearson Chi-Square           | 7,855 <sup>a</sup> | 3  | ,049                  |
| Likelihood Ratio             | 8,260              | 3  | ,041                  |
| Linear-by-Linear Association | 7,556              | 1  | ,006                  |
| N of Valid Cases             | 103                |    |                       |

**Tabela 56:** Medida de associação para a relação entre Ansiedade e/ou Síndrome Depressiva e Referenciação para o Psicólogo

| Symmetric Measures |            |       |              |
|--------------------|------------|-------|--------------|
|                    |            | Value | Approx. Sig. |
| Nominal by Nominal | Phi        | ,276  | ,049         |
|                    | Cramer's V | ,276  | ,049         |
| N of Valid Cases   |            | 103   |              |